



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

**Doença crónica, qualidade de vida e
comprometimento organizacional
Estudo comparativo entre sujeitos com e sem doença
reumática**

Joana Rita Augusto da Cruz

VERSÃO FINAL APÓS DEFESA PÚBLICA

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia do Trabalho e das Organizações
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Marta Alves
Coorientadores: Doutora Margarida Oliveira e Doutor Paulo Monteiro

Covilhã, outubro de 2015

Dedicatória

Para a Maria Francisca.

Agradecimentos

Terminada uma das mais importantes etapas do meu percurso académico, cabe-me agradecer a um núcleo de pessoas que me ajudaram e apoiaram ao longo deste ano.

Antes de mais, cabe-me agradecer à Professora Doutora Marta Alves o apoio e orientação ao longo desta intensa experiência.

Ao Centro Hospitalar Cova da Beira, na pessoa da Dr.^a Margarida Oliveira e ao Centro Hospitalar Tondela-Viseu, na pessoa do Dr. Paulo Monteiro pela disponibilidade e receção que tiveram para que a amostra deste estudo pudesse ser recolhida sem constrangimentos.

Aos meus pais, obrigado por tudo. Por acreditarem em mim quando tudo parecia que ia dar errado, por me apoiarem da melhor maneira. Ao meu irmão Diogo, pela paciência.

À minha avó Nini e ao meu avô João, que apesar de já não estar connosco continua a ser uma das minhas grandes referências. Obrigado por terem sempre acreditado em mim.

Aos meus colegas de curso: Sara Castro, Cláudia António, André Barros e Micael Grilo, pelos conhecimentos e horas de trabalho partilhados, pela amizade e por todo o companheirismo.

Aos meus amigos do coração, Francisco Castelo Branco, Margarida Silva, José Tourais e Sara Carolina obrigado por terem sempre uma palavra de conforto para mim, em todos os momentos da minha vida. Obrigada pela vossa amizade.

À minha filha Maria Francisca, todos os agradecimentos não chegam, só a certeza de um futuro melhor para nós.

Por fim, ao Tiago. Obrigado por teres sido a minha paciência extra, a minha motivação. Obrigado por continuares a acreditar em mim. Por nunca me deixares desistir, por me ajudares a ultrapassar mais uma barreira. Foste essencial ao longo deste ano, assim como o és em todas as etapas da nossa vida.

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo principal apurar se existem diferenças significativas na percepção do comprometimento organizacional entre sujeitos com e sem doença crónica de natureza reumática. Além deste objetivo, pretende avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde em sujeitos com doença crónica, de modo a medir a percepção que estes têm acerca da sua saúde. Propõe-se ainda estudar a relação entre a qualidade de vida, comprometimento organizacional e variáveis sociodemográficas, laborais e clínicas na amostra de sujeitos com doença crónica reumática. Para tal, foi desenvolvido um estudo não experimental, com dois questionários autoadministrados, um para cada amostra de sujeitos. Os instrumentos administrados foram os seguintes: MOS SF-36 (Ferreira, 2000), uma Escala de Comprometimento Organizacional e um questionário sociodemográfico. A amostra de sujeitos com doença crónica é composta por 27 participantes, maiores de 18 anos, com pelo menos uma doença crónica do foro reumático e com trabalho há 3 meses ou mais. A amostra de sujeitos sem doença é composta por 42 participantes, maiores de 18 anos, sem diagnóstico de doenças crónicas e com trabalho há mais de 3 meses.

Em relação aos resultados, apenas foram encontradas diferenças significativas no comprometimento normativo dos sujeitos com e sem doença crónica, não se verificando o mesmo para as restantes dimensões e para o total do comprometimento. Dado que a pontuação do questionário SF-36 varia de 0 a 100, estipulou-se um valor de corte de 50 de modo a determinar os sujeitos que estão melhor ou pior. Os sujeitos que pontuaram menos que 50 consideraram-se como tendo uma pior qualidade de vida, aqueles que pontuaram acima de 50 percecionam a sua qualidade de vida como boa. No presente trabalho, a pontuação do grupo de sujeitos com doença crónica foi acima de 50, o que significa que estes indicaram uma boa qualidade de vida. Ainda na amostra de sujeitos com doença reumática, observou-se que o número de faltas ao trabalho estava relacionado negativamente com quatro domínios da qualidade de vida (função física, desempenho físico, desempenho emocional e dor) e positivamente com a função social. Quanto à antiguidade na organização, observou-se uma relação positiva com o desempenho físico. Na mesma amostra, constatou-se que a dimensão afetiva do comprometimento organizacional está positivamente correlacionada com a idade e a antiguidade na organização. Porém, estas variáveis não predizem o comprometimento afetivo de forma significativa. Na amostra de sujeitos sem doença crónica, encontraram-se correlações entre o comprometimento calculativo e a idade, e o comprometimento normativo e a idade, ambas positivas. Se por um lado a idade é preditor do comprometimento calculativo, por outro lado a mesma variável não prediz o comprometimento normativo. Após a discussão dos resultados obtidos, o presente trabalho termina com os contributos e limitações da investigação e com sugestões para futuras investigações.

Palavras-chave

Doença crónica reumática, Qualidade de vida, Comprometimento Organizacional.

Abstract

The main aim of this work is whether there are significant differences in organizational commitment of individuals with chronic disease and subjects without disease, relying on the help of the quality of life related to health that will measure their levels in order to understand what are the perceptions that the subject with chronic disease makes about his state of health and quality of life. In addition, it is proposed to relate the two key concepts of this study (quality of life and organizational commitment) with sociodemographic variables, labor and clinics. To this end, we developed a non-experimental study, with two self-administered questionnaires, one for each sample of subjects. The questionnaire administered was composed by the MOS SF-36 (Ferreira, 2000), the scale of organizational commitment (Bruno, 2007) and a demographic questionnaire. The sample of subjects with chronic disease was composed by 27 participants, collected at Centro Hospitalar Cova da Beira and Centro Hospitalar Tondela-Viseu. The sample of subjects without disease is composed by 42 participants.

In general, the results showed that the quality of life related to health is perceived, by subjects with chronic disease, as good, in spite of health that has been perceived as bad. There were correlations between the variable fouls and five domains of quality of life (physical function, physical performance, emotional performance, pain and social function) and correlation between the age and the physical performance. In relation to organizational commitment, it was verified that this, the affective dimension, in subjects with disease, is correlated with age and seniority, but these variables did not predict the affective organizational commitment. In the sample of subjects without chronic disease, there are correlations between the continuance commitment and age, and the normative organizational commitment and age. If on the one hand the age is a predictor of continuance commitment, on the other hand the same variable does not predict normative organizational commitment. Finally, significant differences were found only in normative organizational commitment of the two samples, and there is not the same for the other dimensions and for the total commitment. After the discussion of the obtained results, this present work ends with the contributions and limitations of research and suggestions for future research.

Keywords

Rheumatic chronic disease, quality of life, organizational commitment.

Índice

Capítulo I - Enquadramento Teórico	1
1. Doença crónica	1
1.1. Doenças crónicas reumáticas	1
1.1.1. Artrite Reumatóide	2
1.1.2. Espondilite Anquilosante	2
1.1.3. Lúpus Erimatoso Sistémico	3
1.1.4. Síndrome de Sjogren	3
1.1.5. Doença de Behçet	3
1.2. Doenças reumáticas e trabalho	4
2. Qualidade de vida	5
2.1. Definição de qualidade de vida	5
2.2. Qualidade de vida relacionada com a saúde	7
2.2.1. Qualidade de vida e doença crónica reumática	9
3. Comprometimento organizacional	10
3.1. Definição de comprometimento organizacional	11
3.2. As três eras de desenvolvimento do comprometimento organizacional	12
3.3. Modelos multidimensionais do comprometimento organizacional	13
3.3.1. Modelo multidimensional de O’Rilley e Chatman (1986)	13
3.3.2. Modelo das três componentes de Allen e Meyer (1991)	14
3.3.3. Modelo de Cohen (2007)	15
3.4. Antecedentes do comprometimento organizacional	16
3.5. Relação entre qualidade de vida e comprometimento organizacional	17
3.6. Comprometimento organizacional e doença crónica reumática	18
Capítulo II - Método	19
1. Objetivos e questões de investigação	19
2. Instrumentos	21
2.1. MOS SF-36	21
2.2. Escala de comprometimento organizacional	24
2.3. Questionário Sociodemográfico	26
3. Participantes	27
4. Procedimentos	30
Capítulo III - Resultados	33
Capítulo IV - Discussão	45
Capítulo V - Contributos, limitações e sugestões para futuras investigações	49
1. Conclusões finais, limitações e sugestões futuras	50
Referências Bibliográficas	53

Lista de Figuras

Figura 1. Representação da hierarquia da qualidade de vida	6
Figura 2. Qualidade de vida relacionada com a saúde, dimensões e respetivos componentes	8

Lista de Tabelas

Tabela 1. Componentes do comprometimento organizacional	14
Tabela 2. Modelo de comprometimento organizacional de Cohen (2007), baseado no tempo	16
Tabela 3. Conteúdos abreviados dos itens das escalas do SF-36	22
Tabela 4. Conversão para a forma positiva dos itens do questionário de comprometimento organizacional de Allen e Meyer (1990) formulados na negativa	24
Tabela 5. Caracterização da idade dos sujeitos com doença com e sem doença crónica	27
Tabela 6. Valores descritivos da amostra de sujeitos com e sem doença crónica	28
Tabela 7. Caracterização da antiguidade na organização dos sujeitos com e sem doença crónica	29
Tabela 8. Caracterização das horas de trabalho dos sujeitos com e sem doença crónica	29
Tabela 9. Caracterização das faltas ao trabalho dos sujeitos com e sem doença crónica	29
Tabela 10. Caracterização do tempo de diagnóstico dos sujeitos com doença crónica	30
Tabela 11. Teste <i>Shapiro-Wilk</i> para a testagem da normalidade da escala SF-36	33
Tabela 12. Teste <i>Shapiro-Wilk</i> para a testagem da normalidade das dimensões da escala de comprometimento organizacional, para a amostra de sujeitos com doença	34
Tabela 13. Teste <i>Shapiro-Wilk</i> para a testagem da normalidade das dimensões da escala de comprometimento organizacional, para a amostra de sujeitos sem doença	34
Tabela 14. Estatísticas descritivas dos domínios e variáveis do questionário SF-36	35
Tabela 15. <i>T-test</i> : Comparação de médias entre as dimensões e total do comprometimento organizacional do grupo de sujeitos com e sem doença crónica	36
Tabela 16. Correlação de Spearman entre as variáveis de estudo na amostra de sujeitos com doença crónica	38
Tabela 17. Correlação de Spearman entre os oito domínios e duas dimensões do questionário SF-36 e as três dimensões do comprometimento organizacional nos sujeitos com doença crónica	39
Tabela 18. Correlação de Spearman entre as dimensões e o total do questionário de comprometimento organizacional com variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e faltas ao trabalho) nos sujeitos com doença crónica	40
Tabela 19. Coeficientes de regressão e estatísticas do modelo 1	41
Tabela 20. Correlação de Spearman entre as dimensões e o total do questionário de comprometimento organizacional com variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e faltas ao trabalho) nos sujeitos sem doença crónica	42
Tabela 21. Coeficientes de regressão e estatísticas do modelo 2	43

Lista de Acrónimos

AR	Artrite Reumatóide
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CHTV	Centro Hospitalar Tondela-Viseu
DB	Doença de Behçet
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde Drº Ricardo Jorge
LES	Lúpus Erimatoso Sistémico
QdVRS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
SS	Síndrome de Sjogren

Capítulo I - Enquadramento teórico

1. Doença crónica

Doença crónica é uma doença não transmissível, que se prolonga ao longo da vida, não se resolve espontaneamente e não tem cura (Center for Managing Chronic Disease (CMCD, s.d.). Pertencem ao grupo de doenças do foro musculoesquelético, envolvendo músculos, tendões e ligamentos (Carnide, Lourenço & Miranda, s.d.). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003) “as doenças crónicas (...) são, de longe, a principal causa de mortalidade no mundo, representando 60% de todas as mortes. Dos 35 milhões de pessoas que morreram de doença crónica em 2005, metade tinha menos de 70 e metade eram mulheres”. Para Lubkin (2006) a doença crónica é a presença irreversível, acumulação ou latência de alguns estádios da doença, envolvendo o sujeito no seu autocuidado e prevenção de outras incapacidades futuras. Barros (2003) afirma que cada doença crónica é única, pois enquanto umas doenças podem acompanhar o sujeito durante toda a vida sem redução de sintomas, outras podem possuir prognósticos a curto ou médio prazo; umas podem implicar alterações pouco significativas na vida do doente, enquanto outras podem alterar significativamente a sua vida e levar a imensas restrições e à adesão a terapêuticas bastante severas.

Para uma patologia ser considerada doença crónica, esta tem que apresentar uma ou mais das seguintes características: provocar incapacidade, ser causada por alterações patológicas irreversíveis, necessitar de supervisão por longos períodos de tempo (Organização Mundial de Saúde, 2003). Esta pode começar por uma condição aguda, normalmente insignificante, prolongando-se através de vários episódios de agravamento e remissão (Martins, França & Kimura, 1996). Manifestam-se através da interação de fatores genéticos e fatores ambientais externos (Hui, 2015).

1.1. Doenças Crónicas Reumáticas

Um dos exemplos de doenças crónicas são as doenças crónicas reumáticas, que apresentam um impacto elevado sobre o indivíduo em relação a diversos aspetos físicos, mentais e sociais, tendo como consequência um baixo nível de qualidade de vida destes doentes (Instituto Nacional de Estatística). Segundo o 4º Inquérito Nacional de Saúde, realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), as doenças reumáticas, em Portugal, ocuparam a segunda posição de doenças crónicas, com 20,1% de prevalência, sendo ultrapassadas apenas pela hipertensão arterial, com 24,7% (Simões, Monjardino, Lucas & Barros, s/d). Estas têm tendência para aumentar com a idade e têm uma maior prevalência em indivíduos do sexo feminino, com menores rendimentos e menor níveis de escolaridade (Lucas & Monjardino, 2010; Direção

Geral de Saúde, 2004). Faustino (2002) afirma que as doenças do foro reumático são uma das patologias mais frequentes no mundo, sendo caracterizadas por dor e incapacidades (temporárias ou definitivas). Dados de 2004 afirmam que, em Portugal, 20% dos doentes reumáticos possuem problemas considerados significativos, 7% vê-se obrigado a restringir certas tarefas do dia-a-dia, apresentando incapacidade, e 0,5% dependem de terceiros, ou seja, estão inválidos (Direção Geral de Saúde, 2004). Na Europa, um em cada cinco indivíduos sofre de doença reumática, representando 25% dos custos totais associados a doenças (Miranda & Cristóvam, 2009).

Nos pontos seguintes serão definidas e caracterizadas cinco doenças reumáticas (Artrite Reumatoide, Espondilite Anquilosante, Lúpus Erimatoso Sistémico, Síndrome de Sjögren e Doença de Behçet), escolhidas por serem das doenças mais prevalentes na população mundial, do conjunto de doenças reumáticas, e por se encontrarem em maior número na amostra deste estudo.

1.1.1. Artrite Reumatoide

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crónica progressiva, autoimune e de origem desconhecida que atinge mais de 6 milhões de pessoas em todo o mundo (Brandão, Ferraz & Zerbini, 1997; Nunes, 2011). Em 2001, cerca de 0,8% da população portuguesa sofria de AR, tendo maior incidência entre os 30 e os 50 anos (Instituto Nacional de Estatística, s/d; Nunes, 2011). As principais consequências da AR são espasmos musculares, fadiga, fraqueza e rigidez nas articulações, impossibilitando o indivíduo de realizar diversas atividades do dia-a-dia, comprometendo o seu trabalho (Moreland, 2006, cit. in Nunes, 2011; Direção Geral de Saúde, 2004). Sensivelmente metade dos indivíduos com AR veem-se impedidos de trabalhar 10 anos depois do início da doença, implicando elevados custos socioeconómicos e sociais para o indivíduo (Goeldner, Skare, Reason & Utiyama, 2011). Para além da grande morbilidade e da incapacidade que gera entre os grupos etários mais jovens, a AR, nos casos mais graves, pode reduzir a esperança média de vida em 10 anos (Direção Geral de Saúde, 2004).

1.1.2. Espondilite Anquilosante

A espondilite anquilosante (EA) é uma doença crónica inflamatória, do grupo das espondiloartopatias, que compromete principalmente a coluna vertebral, tendo um quadro evolutivo de rigidez e limitação ao nível das funções (Cardoso, Capela & Pires, 2010; Sampaio-Barros et al., 2007). Estima-se que em Portugal cerca de 0,3% da população tenha um diagnóstico de EA (Cardoso, Capela & Pires, 2010). Mais frequente no sexo masculino, a EA surge entre os 20 e os 30 anos (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, s.d.). A qualidade de vida dos indivíduos com EA tem tendência a deteriorar-se, diminuindo as suas capacidades

funcionais, com o aumento a dor e das alterações do foro psicológico (Costa & Monteagudo, 2008).

1.1.3. Lupus Erimatoso Sistémico

O lúpus erimatoso sistémico (LES) é uma doença inflamatória crónica autoimune, que ataca vários sistemas e órgãos, possuindo um vasto leque de manifestações clínicas (Sato, 2008; Silva, Canhão, Barcelos, Miranda, Pinto & Santos, 2008). O comprometimento dos sistemas e/ou órgãos pode ocorrer de forma simultânea ou sequencial, resultando numa incapacidade física e no decréscimo de bem-estar psicológico do indivíduo (Sato, 2008; Dobkin et al, 2001; Moreira & Mello Filho, 1992 cit in Araújo & Traverso-Yépez, 2007). Segundo Zerbini e Fidelix (1989 cit in Araújo & Traverso-Yépez, 2007), os principais sintomas do LES são: artrite, febre, problemas de pele (vermelhidão em forma de borboleta), queda de cabelo, feridas na face, cansaço, perda de peso, depressão, entre outros (Sato, 2008; Direção Geral de Saúde, 2004). Esta patologia possui uma maior incidência em mulheres, sendo o seu diagnóstico feito, por norma, entre os 30 e os 33 anos e, quanto maior for o nível de escolaridade do indivíduo com LES, menos danosa será a doença (devido a uma maior compreensão da patologia e rápida adesão à doença (Santos et al., 2007).

1.1.4. Síndrome de Sjögren

A síndrome de Sjögren (SS) é designada por ser uma exocrinopatia crónica e autoimune, predominante nas glândulas salivares e lacrimais (Brito et al., 1994). Existe uma diminuição significativa das lágrimas e da saliva, provocando secura nos olhos e na boca (Sena, Júnior & Ferreira, 2006). Esta apresenta envolvimento neurológico em cerca de 20% dos casos, ocorrendo maioritariamente no Sistema Nervoso Periférico (Duarte, Teotónio, Abreu, Dias & Matias, 2010). Possui uma maior prevalência em indivíduos do sexo feminino (nos Estados Unidos da América, 9 em cada 10 pacientes com SS são mulheres) (Sena, Júnior & Ferreira, 2006). Segundo o Manual Informativo para o doente com síndrome de Sjögren, esta doença não incapacita a atuação do mesmo no local de trabalho, sendo apenas necessárias algumas adaptações e uma atitude positiva perante a SS (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, s.d.).

1.1.5. Doença de Behçet

A doença de Behçet (DB) é uma doença reumática inflamatória multisistémica, crónica e recidivante (Lestre, Trindade, Martins, Baptista, Feio & Lopes, 2009). Apresenta variadas manifestações clínicas, e, apesar de a maior parte dos indivíduos com DB apresentarem úlceras orais, podem também apresentar outras alterações como úlceras

genitais, patologia ocular, cutânea, vascular, gastrointestinal, articular, pulmonar, renal e cardíaca (Silva, 2013). A DB afeta sobretudo adultos jovens, entre os 30 e os 40 anos, e apresenta tendência em diminuir com a idade (é rara após os 50 anos) (Oliveira, Horta, Serra & Castro, 2001; Mutawa & Hegab, 2004; Sachetto et al, 2012 cit in Silva, 2013). Em Portugal, estima-se que a DB atinja 2,4 casos por 100.000 habitantes (Lestre et al, 2009).

1.2. Doenças Reumáticas e Trabalho

Lidar com uma doença crónica é uma experiência extremamente exigente, afetando o indivíduo a nível social, familiar e ocupacional (Buck, Breedveld, Giesen & Vlieland, 2004; Vilhena, et al., 2014). Em Portugal, as doenças crónicas reumáticas, constituem a primeira causa de incapacidade temporária dos indivíduos (Direção Geral de Saúde, 2004). Vários estudos comparativos, entre amostras com doença crónica e sem doença crónica, afirmam que as diferenças entre os grupos existem mais na saúde física que na saúde mental (Lundqvist, Siosteen, Blomstrand, Lind, & Sullivan, 1991; Persson & Berglund, 1996; Rothwell, McDowell, Wong, & Dorman, 1997; Alonso et al., 2004; cit. in Chen, Kasen & Cohen, 2009).

Das várias consequências sociais a que os doentes crónicos reumáticos estão sujeitos, destacam-se as consequências socioprofissionais, nomeadamente a incapacidade para a profissão, que leva a uma quebra de produtividade e ao abandono de certas tarefas (Stuckler, 2008). Segundo o Estudo Epidemiológico de Doenças Reumáticas em Portugal (EpiReumaPt), existem diferenças significativas em relação à situação profissional de doentes reumáticos e indivíduos sem doença: em relação ao trabalho a tempo inteiro, apenas 35,57% dos indivíduos com doença trabalham a tempo inteiro, comparativamente aos 52,75% da população sem doença; por outro lado, 37,06% dos doentes reumáticos já se encontra em situação de reforma, enquanto essa situação apenas acontece em 13,12% nos indivíduos sem doença; por fim, 1,7% dos doentes reumáticos encontra-se de baixa médica em comparação a apenas 0,7% da população sem doença (EpiReumaPt, 2013).

Devido às suas limitações, a doença reumática leva ao abandono do local de trabalho por tempo temporário (no caso de baixa médica) ou até mesmo permanente, sendo responsáveis por 43% dos dias de absentismo laboral e de 70% de reformas antecipadas (Direção Geral de Saúde, 2004). Isto vai de encontro com Martins, França e Kimura (1996) que, no seu estudo sobre qualidade de vida em pessoas com doença crónica, afirmam que a doença crónica interfere na realização do trabalho devido às incapacidades físicas recorrentes da doença, limitando a sua atuação. Apesar de a maior parte das doenças reumáticas se iniciar com sintomas leves, com o decorrer do tempo, os sintomas agravam-se, afetam os níveis de atividade do indivíduo no trabalho, incapacitando-o e levando, por vezes, à invalidez (Rijken, Spreeuwenberg, Schippers & Groenewegen, 2013). Miranda e Cristóvam (2009) afirmam que a atividade laboral de um indivíduo é importante para este se sentir autossuficiente, contribuindo para a sensação de produtividade e mais-valia para a sociedade.

Porém, as doenças musculoesqueléticas estão associadas a dor, sendo este sintoma um fator incapacitante para o indivíduo, resultando num absentismo laboral (Carnide, Lourenço & Miranda, SD). Muitas vezes, o doente reumático, no seu dia-a-dia, não se consegue integrar nas mudanças recorrentes na doença, principalmente no seu local de trabalho, devendo a organização dotar o seu colaborador com melhores capacidades de trabalho, facilitando e adaptando o posto de trabalho às condições desejáveis do doente (Miranda & Cristóvam, 2009; Dias et al., 2011). Como consequência dessas limitações no trabalho, o doente crónico deixa o trabalho em segundo plano, dedicando-se mais à família e à sua própria doença (Chen, Kasen & Cohen, 2009).

2. Qualidade de vida

Não existem menções da qualidade de vida até ao século XX, porém na Antiguidade o tema foi preconizado por Aristóteles e o seu conceito de “boa vida” - uma vida de acordo com as virtudes, bens-maiores e bens-supremos (White, 2004; cit. in Pimentel, 2006). Só nos anos 60 se voltou a falar deste tema, então popularizado como qualidade de vida, conceito frequente nos discursos políticos após a Segunda Guerra Mundial (Pimentel, 2006). Hoje em dia, pode afirmar-se que a qualidade de vida é a relação entre o que é desejável e o que é alcançado (Dourado, Antunes, Carvalho & Godoy, 2004).

2.1. Definição de Qualidade de Vida

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1993, definiu a qualidade de vida como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (p. 28). Para Martins, França e Kimura (1996), este é um conceito bastante subjetivo, que envolve componentes da condição humana considerados essenciais, quer sejam físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais. Mais recentemente, Pimentel (2006) afirma que, para sujeitos saudáveis, a definição de qualidade de vida no trabalho refere-se a noções como riqueza, lazer, autonomia, liberdade, logo tudo o que proporcione aos sujeitos quotidianos agradáveis. Com base nas definições anteriores, pode afirmar-se que a qualidade de vida é determinada pela medida em que as esperanças e ambições dos sujeitos são acompanhadas por experiência; pelas perceções individuais da sua posição na vida, tendo em conta o contexto em que se encontram e o sistema de valores vigente, em relação aos seus objetivos, padrões e expectativas; e as coisas que consideram como fundamentais na sua vida

(Calman, 1984; WHOQOL, 1994; Cella & Tusky, 1990 & Bowling, 1995; cit. in Carr & Higginson, 2001). A qualidade de vida ainda é um conceito recente e apesar de as suas definições não reunirem consenso, todas concordam com a relação com questões económicas, demográficas e ambientais (Morins, 2009). Existe também um ponto de concordância em relação à envolvimento de componentes objetivas (funcionalidade e interação com o contexto) e subjetivas (satisfação e bem-estar) (Santos & Pais-Ribeiro, 2001).

Segundo a WHOQOL (1995, 1998; cit in Gaspar, Matos, Pais-Ribeiro e Gonçalves, 2008), a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida foi validada a partir de quatro dimensões: 1) dimensão física, que diz respeito à percepção que o sujeito tem da sua condição física; 2) dimensão psicológica, que se refere à percepção da sua condição afetiva e cognitiva; 3) dimensão social, associada à percepção que o sujeito tem das relações e papéis sociais que mantém; e 4) dimensão ambiente, que se refere ao ambiente em que o sujeito se insere. Cramer e Spikler (1998) conceptualizaram um modelo composto por três itens, distribuídos em forma de pirâmide. No topo a pirâmide encontra-se a qualidade de vida global dos sujeitos, também conhecido por “bem-estar geral”; no meio da pirâmide estão as dimensões da qualidade de vida no trabalho - física, psicológica, espiritual e social; e por fim, no nível mais inferior, encontram-se os componentes de cada dimensão (normalmente considerados como itens a integrar em instrumentos de avaliação) (Pimentel, 2006).



Figura 1. Representação da hierarquia da Qualidade de Vida (traduzido e adaptado de Cramer & Spikler, 1998)

Segundo um inquérito europeu sobre a qualidade de vida feito pela Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e de trabalho, em 31 países cerca de 81% dos participantes assinalaram a saúde como um dos principais indicadores de qualidade de vida (Teixeira, 2013). Para Ware (s/d, cit. In Esteve & Roca, 1997), dada a importância que a saúde tem na qualidade de vida, é importante avaliar o estado objetivo de saúde, funcionamento e interação dos sujeitos num determinado contexto, bem como outros aspetos

menos objetivos mas que têm implicância na satisfação geral e qualidade de vida relacionada com a sua saúde.

2.2. Qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS)

A qualidade de vida é um conceito, que em certa medida, está relacionado com a saúde dos sujeitos, daí o surgimento da qualidade de vida relacionada com a saúde, pois antes do aparecimento deste conceito eram os médicos que avaliavam a qualidade de vida dos pacientes através de critérios clínicos, o que resultava em avaliações muito distantes da real qualidade de vida do doente (Santos & Biscaia, 1999; cit. in Santos, 2002).

Segundo Campbell (1981; cit. in Pimentel, 2006), os sujeitos doentes, ao avaliarem a sua qualidade de vida global, dão mais foco à perceção individual do seu estado de saúde em geral, em detrimento de todos os outros fatores que influenciam a satisfação com o estado de saúde. O conceito de qualidade de vida relacionado com a saúde, apesar de ser frequentemente referido como parte integrante da qualidade de vida no geral, diferem pois o primeiro termo é um conceito ligado à prática da medicina, tendo como propósito avaliar a qualidade de vida de sujeitos com doenças ou o impacto da mesma na sua vida (Úrzua, 2010). Ribeiro (1998), define este conceito como a avaliação que o sujeito doentes faz em relação ao grau de satisfação das suas necessidades em domínios físicos, psicológicos, sociais e ocupacionais, num certo tempo. Mais recentemente, Pimentel (2006) refere que este é um conceito multidimensional, “que traduz o bem-estar subjetivo do doente nas vertentes físicas, psicológicas e sociais, os quais se podem subdividir em outras dimensões” (p. 29). Apesar de existir um consenso em relação ao seu carácter multidimensional, as dimensões que o compõem já não reúnem unanimidade entre os autores que a definiram (Albert et al., 2002). Tchkmeylan et al., em 1990 propôs um esquema em que caracterizava a QdVRS com base em quatro dimensões que, por sua vez, eram compostos por três componentes cada, como se pode verificar na figura 2.

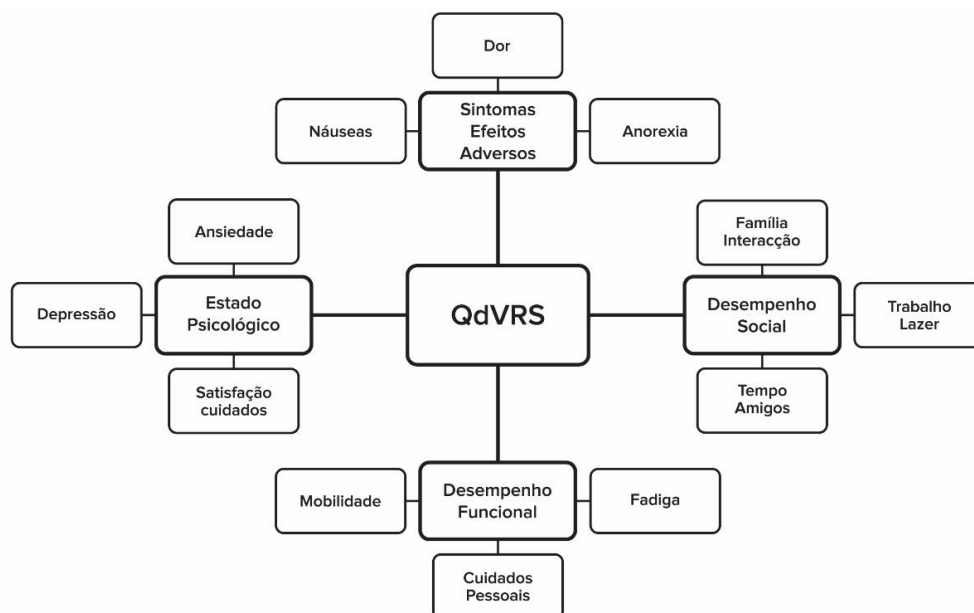


Figura 2: Qualidade de vida relacionada com a saúde, dimensões e respetivos componentes (adaptado e traduzido de Tchkmeylan et al., 1990).

No mesmo ano, Cella and Tulsky (1990), entenderam que a QdVRS não se reflete apenas em quatro dimensões, propondo as seguintes: bem-estar emocional, espiritualidade, sexualidade, desempenho ocupacional, desempenho social, capacidade funcional, estado físico, vida familiar, comunicação, alimentação, satisfação com o tratamento, orientações futuras, aspeto geral do estado de saúde e vida. Fitzpatrick (1996) foi ainda mais além que os anteriores autores, propondo aumentar novamente a lista de dimensões da QdVRS, incluindo a capacidade do indivíduo controlar a saúde, a sua imagem corporal, a autoestima e a sensação de conseguir antever os sintomas. Mais recentemente, Secchi e Strepparava (2001) reuniram as dimensões anteriormente citadas em apenas quatro, a dimensão física, a psicológica, a social e a espiritual, influenciadas pelo tipo de personalidade e aspetos cognitivos do doente. Segundo Ashing-Giwa (2005) a dimensão física inclui questões relacionadas com a doença e os seus tratamentos, bem como preocupações corporais, medindo a capacidade de executar determinadas tarefas; a dimensão psicológica tem como objetivo avaliar o afeto positivo e negativo; a dimensão social trata as questões sociais do sujeito, ou seja, a sua participação em atividades familiares e da sua rede de suporte; e, por fim, a dimensão espiritual avalia a dimensão espiritual e existencial de experiências anteriores da vida do paciente.

Dada a sua elevada importância nas questões de saúde, é importante medir a QdVRS, não só para avaliar essa qualidade de vida de sujeitos com doenças pontuais, mas sobretudo de doentes crónicos, devido ao facto de a sua doença apenas poder ser controlada (não existindo uma cura total da mesma) (Laas, 2009). Nos últimos anos, numa tentativa de acompanhar o desenvolvimento da QdVRS, surgiram vários instrumentos para avaliar este construto aplicado às doenças crónicas, nomeadamente o SF-36 (Michelson, Bolund & Brandberg, 2001). Este instrumento, considerado o mais abrangente da temática, é composto

por 36 itens que medem o estado de saúde percebido de várias doenças, sendo sugerido por vários autores como o mais adequado para avaliar a QdVRS em doenças crônicas reumáticas (Tander, Cengiz, Alayli, Álhanli, Canbaz& Canturk, 2008). Os itens da escala SF-36 agrupam-se em oito domínios - funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde no geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental - a quem são atribuídos pontuações de 0 (pior) a 100 (melhor) e que, posteriormente, são agrupados em duas medidas sumárias do estado de saúde, ou seja, medida sumária física, que compreende as dimensões físicas, e medida sumária mental, que engloba as dimensões mentais (Ware, Kosinski & Gandek, 2005; Klooster et al., 2013).

2.2.1. Qualidade de vida e Doença Crônica Reumática

Kaplan e Sadock (1990) afirmam que qualquer alteração ou mudança inesperada na vida de um sujeito, que altere o seu normal funcionamento e obrigue a ajustes, cria tensões e afeta significativamente a qualidade de vida dos mesmos. Viver com uma doença crônica reumática afeta a vida do doente, nomeadamente a sua qualidade de vida relacionada com a saúde, deteriorando-a devido às limitações funcionais e dor a longo prazo (Laas, 2009). Segundo Laurenti (2003, p. 249; cit. in Barros, Souza & Kirsztajn, 2004) “o avanço terapêutico e tecnológico fez com que a qualidade de vida de doentes, particularmente com doenças crônicas, aumentasse bastante. Frequentemente permanecem complicações ou sequelas com as quais os indivíduos sobrevivem vários anos”. A qualidade de vida depende da doença crônica, ou seja, depende das representações da própria doença, que inclui causas e consequências, preconceitos, autoapreciações da doença e seus sintomas (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2004). Este conceito aplicado às doenças crônicas torna-se importante pois, para além da avaliação das dimensões físicas, avalia valências sociais e emocionais dos sujeitos, facilitando a melhoria dos cuidados de saúde paliativos e alinhando estratégias terapêuticas aos pacientes (Patrick, Guyatt & Acquadro, 2008; Kanecki, Tyszko, Wislowska & Lyczkowska-Piotrowaska, 2013). Melhorar a qualidade de vida de doentes crônicos torna-se tão importante como qualquer outra situação relacionada com a saúde do sujeito, tal como o alívio de sintomas e de dor e a prevenção de complicações, pois ao aumentar esses níveis de qualidade estão-se a humanizar os cuidados e a prolongar a vida desses doentes (Price, 1996; cit. in Amorim, 1999).

Martins, França & Kimura (1996) no seu estudo sobre a qualidade de vida de sujeitos com doença crônica concluiu que a maioria dos entrevistados refere que a doença interferiu em questões relacionadas com a independência e o autocuidado, devido aos medos e ansiedades que possuíam em relação à perda de capacidades e consequente dependência de terceiros na satisfação de necessidades diárias. O mesmo estudo concluiu que a doença alterou as suas capacidades físicas, limitando as suas ações no trabalho, chegando mesmo a existir a necessidade de deixar o emprego devido aos sintomas da doença (Martins, França &

Kimura, 1996). A artrite reumatoide é, no conjunto de doenças crônicas reumáticas, a que causa uma maior diminuição dos níveis de qualidade de vida dos sujeitos, mesmo na fase inicial, devido aos severos sintomas que acarreta (Laas, Roine, Rasanen, Sintonen & Leirisalo-Repo, 2009). Comparando os doentes crônicos com sujeitos saudáveis, verifica-se que nos domínios físicos, tais como as funcionalidades físicas, ausência de dor e funcionalidade emocional, a qualidade de vida dos primeiros é seriamente prejudicada devido à doença (Berber, Kupek & Berber, 2005). Outros estudos comparativos entre doentes crônicos e doentes sem doença crônica afirmam que os doentes crônicos possuem piores níveis de funcionamento físico e social, piores níveis de saúde mental e mais dor corporal devido ao impacto da doença crônica nas suas vidas (Baptista, 2011).

As doenças crônicas reumáticas têm cada vez mais presença nos serviços de saúde, onde as suas características como a dor e a disfuncionalidade, para além de diminuírem a qualidade de vida, também incapacitam os sujeitos para o trabalho (Tander et al., 2008; cit. in Nunes, 2011). A principal consequência dessa incapacitação para o trabalho é a perda de produtividade, associada a limitações físicas, dor, baixa autoestima, distúrbios emocionais e redução da qualidade de vida (Crockatt, Targett, Cifu & Wehman, 2009; Frauendorf, Pinheiro & Ciconelli, 2013). Algumas características do trabalho, tais como a sua exigência e carga horária, podem ser excessivas para os colaboradores com doenças crônicas, contribuindo negativamente para a sua qualidade de vida (Jong, Boer, Tamminga e Frings-Dresen, 2015). O estudo de Varekamp e Dijk (2010), com 122 doentes crônicos, com uma duração média da doença de 10 anos, na sua maioria mulheres com idade média de 46 anos concluiu que quase todos os sujeitos se sentiram um pouco ou gravemente prejudicados no seu local de trabalho devido à doença, gostariam de trabalhar menos horas e a ritmos mais lentos. Em suma, as doenças crônicas são as principais responsáveis, não só por taxas elevadas de mortalidade em toda a União Europeia, mas também por gastos económicos excessivamente elevados devido ao decréscimo de produtividade e competitividade, consequência do abandono de doentes crônicos, ao aumento das despesas nos sistemas de saúde e à redução da qualidade de vida (Dutch National Institute for Public Health and the Environment, 2012).

3. Comprometimento Organizacional

O comprometimento organizacional tem despertado interesse nas últimas décadas devido à sua influência em comportamentos no local de trabalho, tais como a assiduidade e pontualidade, intenções de sair da organização, desempenho individual, entre outros (Allen & Meyer, 1996; Rego & Souto, 2004). Meyer e Allen (1991) foram os que mais contribuíram para o desenvolvimento deste construto, através das suas pesquisas e da criação do seu modelo das três componentes que se tornou dominante no estudo do comprometimento organizacional

(Jaros, 2007). Hoje em dia este construto ainda não reúne consenso, pois tem vindo a sofrer mudanças, com várias definições e medições ao longo dos anos (Allen & Meyer, 1990; Cohen, 2007).

3.1. Definição de comprometimento organizacional

Apesar de já não ser um conceito recente, o comprometimento organizacional ainda não reúne consenso em relação à sua definição devido à sua complexidade e multiplicidade, existindo várias definições identificadas (Nascimento, Lopes & Salgueiro, 2008; Nascimento, 2012). Em 1960, Becker definiu comprometimento como um comportamento que liga o indivíduo à organização através de incentivos externos, como subsídios. Esperava-se que, através desta abordagem, as consequentes atitudes do indivíduo influenciassem a ocorrência dos mesmos comportamentos no futuro (Allen & Meyer, 1991). Anos mais tarde, Allen & Meyer (1991) definiram o comprometimento como uma ligação psicológica caracterizadora do vínculo indivíduo-organização, sendo responsável pela sua permanência na mesma. Em suma, o comprometimento pode ser definido como objetivos, valores e crenças profissionais, em que os sujeitos se dedicam à organização com o intuito de obterem benefícios profissionais, mas ao mesmo tempo com o objetivo de nela continuar (Teng et al. 2009). Mesmo com a falta de consenso, todas as definições assumem que o comprometimento é uma “força estabilizadora que direciona o comportamento” (Meyer & Herscovitch, 2001, p. 301), que reflete três tópicos gerais: o” vínculo afetivo com a organização, os custos percebidos associados com a saída da mesma e a obrigação de permanecer na organização” (Allen & Meyer, 1991, p. 63, 64).

O comprometimento organizacional é composto por duas abordagens de investigação, a abordagem atitudinal e a abordagem comportamental (Allen & Meyer, 1991). A abordagem atitudinal é uma resposta afetiva, consequência da avaliação que o sujeito faz do seu trabalho, que o liga à organização demonstrando-se sobre a forma de desejos e vontade em permanecer na organização. Para esse elo afetivo persistir, o sujeito tem que procurar promover a conjugação do seu bem-estar com o seu sucesso na organização (Ferreira, 2008). Por outro lado, a abordagem comportamental “refere-se ao processo pelo qual os sujeitos ficam “presos” a uma determinada organização e em como lidam com a situação” (Allen & Meyer, 1991, p. 62). Segundo esta vertente, o grau de comprometimento irá depender das experiências do passado de cada sujeito em situações semelhantes. A abordagem comportamental é então a prossecução de comportamentos vistos como coesos em relação ao sentimento de pertença de um sujeito a uma organização (Ferreira, 2008).

3.2. As três eras de desenvolvimento do comprometimento organizacional

Cohen (2007) identificou três eras distintas do desenvolvimento do comprometimento organizacional, fulcrais para a atual definição do mesmo como um vínculo e uma força que direciona o comportamento. A primeira aborda o comprometimento como side-bets, a segunda como um vínculo psicológico e a terceira como um construto multidimensional.

A primeira era de desenvolvimento teve início com base nos estudos de Becker (1960) em *Notes on the Concept of Commitment*, que definiu comprometimento como um comportamento que parte de um indivíduo para com a organização onde se encontra, caracterizando esse comportamento através da percepção do mesmo em relação às ações investidas na mesma organização. Segundo esta teoria, side-bets designa os valores investidos pelo indivíduo na organização (tempo, esforço) que se tornariam inúteis ou os perderia se decidisse abandonar a organização (Becker, 1960; Meyer & Allen, 1991). A ameaça de perda destes investimentos, na sua maioria investimentos de tempo, aliado às escassas alternativas que possam compensar a perda dos mesmos, leva o indivíduo a comprometer-se com a organização (Cohen, 2007). Em suma, esta fase entendia o comprometimento como a percepção dos ganhos, aliada à permanência na organização e percepção dos custos relacionados com a saída da mesma (Medeiros & Enders, 1998; Cohen, 2007).

Anos mais tarde, o foco do comprometimento passou das side-bets para o vínculo afetivo dos indivíduos em relação à sua organização. Esta nova era deve-se a pesquisas de Mowday, Steers e Porter (1979) que afirmam que o comprometimento organizacional deve ser entendido como uma atitude e não como um comportamento, em que o indivíduo considera os seus objetivos congruentes com os da sua organização (Mowday, Steers & Porter, 1979). Esta abordagem considera o comprometimento organizacional como um momento em que um indivíduo se identifica com uma organização e seus objetivos, tendo o desejo de permanecer na mesma. Este comprometimento é mencionado como comprometimento afetivo (Mowday, Steers & Porter, 1979; Meyer & Allen, 1991; Cohen, 2007). O comprometimento é influenciado desde cedo, resultado da identificação, atitudes e decisões que os sujeitos desenvolvem logo no momento de entrada na organização (Wiener, 1982; cit. in Madlock & Horan, 2009). O comprometimento é entendido devido a três fatores: 1) “uma forte crença e aceitação de metas e valores da organização”; (2) “a disposição de exercer um esforço considerável em nome da organização”; e (3) “um forte desejo de manter a participação na organização” (Mowday, Steers & Porter, 1979, p. 226). Segundo esta perspectiva, Mowday, Steers & Porter (1979) indicam que o comprometimento é a relação ativa entre o sujeito e a organização, onde o sujeito está disposto a entregar algo à organização, com o objetivo de contribuir para o bem-estar da mesma.

Apesar de inicialmente o comprometimento organizacional ser definido através de uma unidimensionalidade (Becker, 1960), atualmente já se pode afirmar que este tem um carácter multidimensional devido aos contributos de O'Reilly e Chatman (1986), Allen e Meyer

(1991) e mais recentemente de Cohen (2007), surgindo a terceira era. O'Reilly e Chatman em 1986 tentaram operacionalizar a teoria de Kelman (1958; cit. in O'Reilly & Chatman, 1986) que anos antes já tinha estabelecido o comprometimento organizacional como um construto com diferentes componentes, distinguindo assim o apego psicológico indivíduo-organização em três fatores: conformidade (compliance, identificação (identification) e internalização (internalization. Allen e Meyer (1984; cit. in Cohen, 2007), por sua vez, iniciaram as suas investigações através do estudo do modelo side-bets de Becker, concluindo que o mesmo foi operacionalizado de forma errada, pois os seguidores de Becker e as suas escalas não mediam os side-bets mas sim o comprometimento atitudinal. No seguimento dessas descobertas, os autores propõem o “Modelo das três componentes do comprometimento organizacional” (Three-Component Model of Organizational Commitment), que define o comprometimento tendo por base as três seguintes componentes: a componente afetiva, a calculativa e a normativa (Allen & Meyer, 1991, 1996; Siu, 2003; Cohen, 2007).

3.3. Modelos Multidimensionais do Comprometimento Organizacional

Os primeiros estudos acerca do comprometimento organizacional remetem para o seu caráter unidimensional mas, nos dias de hoje, este construto assume-se e reconhece-se multidimensional (Allen & Meyer, 1996). Meyer et al. (2004; cit. in Nascimento, Lopes & Salgueiro, 2008) afirmam que a multidimensionalidade do comprometimento pode explicar o comportamento dos sujeitos em certos contextos organizacionais. Apesar de o presente estudo dar mais ênfase e destaque ao modelo de Allen e Meyer (1991) por ter desenvolvido o instrumento utilizado para avaliar o comprometimento, será feita uma breve abordagem ao modelo de O'Reilly e Chatman (1986), pioneiros do estudo do comprometimento como variável multidimensional e ao modelo de Cohen (2007), modelo mais recente que introdução o tempo na relação com o comprometimento. A seguir apresentam-se os três modelos, por ordem cronológica de surgimento.

3.3.1. Modelo Multidimensional de O'Rilley e Chatman (1986)

Os modelos multidimensionais iniciaram-se com o trabalho de de O'Rilley e Chatman (1986) que se basearam nos estudos de Kelman (1958; cit. in O'Rilley & Chatman, 1986). Ao analisarem as mudanças atitudinais e comportamentais resultantes da influência social, os autores identificaram três distintos processos: 1) conformidade (compliance) ocorre quando indivíduos tentam, através das suas atitudes e comportamentos, obter recompensas específicas a fim de conseguirem um laço com a organização; 2) identificação (identification)

ocorre quando um indivíduo adota atitudes e comportamentos com o objetivo de obter uma relação satisfatória com a organização; e 3) internalização (internalization), ocorrendo quando os indivíduos adotam atitudes e comportamentos congruentes com os valores existentes (Meyer & Herscovitch, 2001; Cohen, 2007).

Outro contributo de O’Rilley e Chatman (1986) foi a existência de uma ligação psicológica, entendida como comprometimento, que resulta em comportamentos positivos espontâneos, não forçados nem exigidos por parte da função do colaborador e que contribuem para a eficácia das organizações (O’Rilley & Chatman, 1986; Rego & Cunha, 2008). Apesar dos esforços de O’Reilly e Chatman (1986) em apresentar uma abordagem do comprometimento organizacional aliciante, a sua operacionalização revelou-se questionável para alguns autores de investigações posteriores (Cohen, 2007).

3.3.2. Modelo das três componentes de Allen & Meyer (1991)

Allen e Meyer (1991) desenvolveram um modelo multidimensional com três componentes, com base no estudo dos modelos unidimensionais existentes onde verificaram semelhanças e diferenças relativas a esse conceito (Meyer & Allen, 1991). Inicialmente o estudo foi desenvolvido com base em apenas dois componentes do comprometimento, a afetiva e a calculativa (Allen & Meyer, 1984; cit. in Figueira, 2013). Só mais tarde a componente normativa foi integrada no modelo, devido aos estudos de Wiener (Wiener, 1982; cit. in Cohen, 2007; Meyer & Herscovitch, 2001;). Para estes autores, o elo psicológico do indivíduo com a organização depende de três fatores: 1) do caráter emocional (comprometimento afetivo); 2) do custo associado em decidir abandonar a organização (comprometimento calculativo); 3) do dever moral e sentimento para com a organização (comprometimento normativo) (Nascimento et al, 2008; Meyer, Stanley & Parfyonova, 2012). Os três fatores, ou três componentes, estão descritos na tabela 1, a seguir:

Tabela 1: Componentes do comprometimento organizacional (adaptado de Rego, 2003, p. 27).

Componentes	Caracterização	Sentimento de permanência	Estado psicológico
Afetiva	Grau em que o sujeito se sente emocionalmente ligado, identificado e envolvido na organização	O sujeito sente que quer permanecer na organização.	Desejo
Calculativa	Grau em que o sujeito se mantém ligado à organização devido ao reconhecimento dos custos associados à saída da mesma, por ausência de alternativas ou pelos sacrifícios elevados gerados pela sua saída.	O sujeito sente que tem necessidade de permanecer na organização.	Necessidade
Normativa	Grau em que o sujeito possui um sentido de obrigação (ou dever moral) de permanecer	O sujeito sente que deve permanecer na	Obrigaçã

	na organização.	organização.	
--	-----------------	--------------	--

Por outras palavras, comprometimento afetivo é o desejo de permanecer na organização devido ao elo afetivo que une o indivíduo à mesma, é um sentimento de orgulho que se expressa no prazer de pertencer à organização (Allen & Meyer, 1990; Ribeiro & Rego, 2010). O comprometimento calculativo é uma componente bidimensional do modelo de Allen & Meyer, pois traduz-se não só na perceção dos custos associados à mudança/saída da organização, como também na ausência de alternativas ou escassez de oportunidades de emprego caso se desse a saída (Allen & Meyer, 1996; Rego & Souto, 2004). Por fim, o comprometimento normativo é o desejo de permanecer na organização devido à obrigação moral para fazê-lo, ou seja, reflete um sentimento de dever e obrigação, deixando de parte os laços emocionais (Bastos, Brandão & Pinho, 1997). Segundo este modelo, indivíduos com comprometimento afetivo permanecem na organização porque querem, indivíduos com forte comprometimento calculativo permanecem por necessidade e, por fim, os que possuem um comprometimento normativo permanecem porque o devem fazer (Allen & Meyer, 1996; Meyer & Allen, 1997 cit in Ribeiro & Rego, 2010). No seguimento da sua investigação, Allen e Meyer concluíram que a relação indivíduo-organização deve ser considerada tendo em conta três componentes, ao invés de se avaliar de forma isolada (Ascensão, 2009). Um colaborador pode sentir um forte elo para com a organização e, ao mesmo tempo, ter um sentimento de obrigação em permanecer na mesma. Por outro lado, um outro colaborador pode gostar do seu trabalho na organização, reconhecendo porém que enfrentará dificuldades ao nível económico, se sair da mesma. Finalmente, um colaborador pode ter desejos em, permanecer na organização, necessidade e também sentimento de obrigação em o fazer (Allen & Meyer, 1991).

3.3.3. Modelo de Cohen (2007)

O modelo de Cohen (2007) é o mais recente no campo da investigação do comprometimento organizacional como constructo multidimensional (Almeida, 2009). Este baseia-se nos pontos mais fortes do modelo de Allen & Meyer (1991), no sentido de minimizar as limitações do mesmo, introduzindo uma outra dimensão - o tempo (Figueira, 2014). Segundo Cohen (2007), o comprometimento é um processo que se desenvolve ao longo do tempo, sendo este definido como “pré-entrada” (dizendo respeito ao comprometimento calculativo e normativo) e como “pós-entrada” (subdividindo-se em calculativo e afetivo) (Mowday et al, 1982 cit in Almeida, 2009; Amaral, 2012). Para além do tempo, este conceito é também composto por bases do comprometimento - ligação instrumental ou ligação psicológica (Cohen, 2007). A componente normativa (psicológica) e a calculativa (instrumental) desenvolvem-se ainda antes da entrada do indivíduo na organização, sendo que a calculativa diz respeito a expectativas gerais acerca dos benefícios e recompensas dadas pela

organização e, por sua vez, a normativa vai de encontro com a dimensão do comprometimento normativo de Meyer e Allen (1990), ou seja, o indivíduo tem o desejo de entrar na organização devido à sua obrigação moral para o fazer (Cohen, 2007). Por outro lado, estando o indivíduo já na organização, o comprometimento será afetado pelo comprometimento calculativo (instrumental) e afetivo (psicológica), sentindo-se com uma forte ligação à organização, com sentimentos de pertença e envolvimento emocional (Cohen, 2007).

Tabela 2: Modelo do comprometimento organizacional de Cohen (2007), baseado no tempo (traduzido de Cohen, 2007, p. 337)

Dimensões do comprometimento		Bases do comprometimento	
		Ligação instrumental	Ligação psicológica
Tempo	Antes de entrar na organização	Propensão para o comprometimento calculativo	Propensão para o comprometimento normativo
	Depois de entrar na organização	Comprometimento calculativo	Comprometimento afetivo

Para Cohen (2007) um indivíduo antes de começar a sua atividade numa empresa, já possui expectativas de comprometimento para com a organização. Quando já se encontra em funções na organização, o seu comprometimento é posteriormente definido pelas dimensões calculativa e afetiva. Apesar dos esforços de concretização do modelo, este nunca chegou a ser operacionalizado, não havendo aplicação na prática nem sustentação empírica (WeiBo et colab, 2010).

3.4. Antecedentes do Comprometimento

Para Meyer e Allen (1997) é importante identificar os antecedentes do comprometimento, de forma a reconhecer quais as características que conduzem ao comprometimento organizacional dos indivíduos. Um dos pioneiros no estudo dos antecedentes do comprometimento foi Steers (1977), classificando-os como características pessoais dos colaboradores, características da função e experiências de trabalho (Steers, 1977). Em 1982, Mowday, Porter e Steers apresentaram quatro categorias de antecedentes do comprometimento: pessoais, estruturais, do trabalho e organizacionais (Mowday, Porter & Steers, 1982, cit in Leite, 2004). Reichers (1986) diminuiu novamente os antecedentes para apenas três, ou seja, variáveis psicológicas, variáveis comportamentais e variáveis estruturais, ressaltando que os antecedentes também se relacionam com a fase em que se situa a carreira do indivíduo, devendo também esta ser tida em conta. Anos mais tarde,

Meyer e Allen (1997; cit. in Figueira, 2013) dividiram os antecedentes do comprometimento em dois: os distantes e os próximos. Os antecedentes distantes dizem respeito a características pessoais, experiências de socialização, práticas de gestão e condições ambientais e, segundo o modelo de Meyer e Allen (1997; cit. in Figueira, 2013), estes influenciam os antecedentes próximos. Estes antecedentes próximos são constituídos por experiências de trabalho, estado da função e contrato psicológico entre o colaborador e a organização.

Por outro lado, os mesmos autores desconstruíram o comprometimento em três antecedentes: 1) características pessoais, 2) características da função e, 3) características da organização (Meyer & Allen, 1997; cit. in Figueira, 2013). As características pessoais, apesar de serem compostas por variáveis demográficas, como a idade, gênero e as habilitações literárias, estas características não têm um forte impacto direto ao nível do comprometimento, ou seja, estas só se revelam importantes quando medidas com outras variáveis (por exemplo, recompensas do trabalho e partilha de valores) (Nascimento, 2012). Porém, vários autores estudaram a influência destas características sobre o comprometimento, concluindo que, por exemplo, o comprometimento revela-se mais elevado entre o sexo feminino (Mowday et al, 1982; Bastos, 1994; Medeiros, 1997), indivíduos com um nível médio de escolaridade tendem a sentir-se mais ligados afetivamente à organização que os demais (Mowday et al, 1982; Brandão, 1991; Medeiros, 1997), tende a aumentar em indivíduos casados (Mowday et al, 1982; Medeiros, 1997), cresce à medida que aumenta a idade do colaborador (Medeiros, 1997; Leite, 2004).

Para além das variáveis demográficas, também outras variáveis como a necessidade de realização (Steers & Spencer, 1977) e o locus de controlo (Luthans, Baack & Taylor, 1987), foram identificadas como características pessoais que predispõem o surgimento de comprometimento (Freitas, 2010). As características pessoais são transversais aos três componentes do comprometimento, afetivo, calculativo e normativo (Figueira, 2013). As características da função dizem respeito a variáveis como a identificação com a função, interação e feedback (Nascimento, 2012). Segundo vários estudos, estes antecedentes demonstram-se mais fortes e consistentes em relação ao comprometimento que os antecedentes pessoais, ou seja, a correlação existente é mais forte (Subtil, 2010). Por fim, as características da organização incluem a estrutura da organização, o tipo de liderança e as políticas da mesma (Nascimento, 2012).

3.5. Relação entre Qualidade de Vida e Comprometimento Organizacional

Rhoades and Eisenberger (2002; cit. in Afsar, 2014) afirmam que a qualidade de vida é um dos principais antecedentes do comprometimento organizacional. Um estudo de Parvar, Allameh e Ansari, em 2013, com 130 colaboradores de uma companhia de crude, concluiu que

a qualidade de vida influencia o comprometimento organizacional, pois os colaboradores sentem-se mais confortáveis e com melhores condições de trabalho, aumentando os níveis de comprometimento. O mesmo estudo indica também que quando a qualidade de vida aumenta devido a medidas da organização, o comprometimento organizacional também aumenta (Parvar, Allameh e Ansari, 2013). Sujeitos altamente comprometidos com a organização demonstram um comprometimento alto com a sua profissão, desde que os níveis de qualidade de vida sejam também eles elevados (Tarmizi, 2008).

Conclui-se que qualidade de vida e comprometimento organizacional são conceitos que se relacionam entre si, pois sujeitos com níveis altos de qualidade de vida no experienciam um maior comprometimento com a organização, mantendo relações com a mesma mais duradouras, comparados com aqueles que experienciam níveis mais baixos (Gupta, 2014).

3.6. Comprometimento organizacional e doença crónica

Colaboradores com doenças crónicas sentem falta de oportunidades de progressão na carreira, devido à sua condição, mas permanecem na organização devido aos benefícios financeiros (Jong, Boer, Tamminga e Frings-Dresen, 2015). Este sentimento é gerado pelo comprometimento calculativo, vendo-se obrigados a permanecer na organização por uma questão de necessidade (Rego, 2003). Taskilaa, Martikainen, Hietanenc e Lindbohama (2007), afirmam que níveis altos de comprometimento organizacional estão associados a melhores capacidades de trabalho, em doentes crónicos de ambos os sexos.

Capítulo II - Método

O presente capítulo pretende apresentar a parte empírica do estudo. Deste modo apresentam-se os objetivos e questões de investigação, os instrumentos utilizados, a caracterização da amostra e os procedimentos usados para a recolha dos dados.

Com o objetivo de responder às questões de investigação, a seguir formuladas realizou-se uma investigação de não experimental do tipo transversal. A recolha dos dados procedeu-se através de inquéritos administrados presencialmente, avaliando as variáveis apenas num único momento. É também um estudo descritivo e correlacional, pois pretende descrever as características da amostra e, por outro lado, analisar as relações que existem variáveis.

1. Objetivos e questões de investigação

Tendo em conta a conceptualização e contextualização teórica apresentada nos capítulos anteriores, define-se como objetivo principal deste estudo avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de comprometimento organizacional apresentados pela amostra de sujeitos com e sem doença crónica reumática. Para além desse objetivo, foram definidos um conjunto de objetivos a estudar em cada uma das amostras de estudo, separadamente.

Como objetivos a estudar apenas na amostra com doença crónica, propõem-se os seguintes:

- a) Caracterizar a amostra em termos da qualidade de vida relacionada com a saúde;
- b) Analisar as associações existentes entre os domínios da qualidade de vida relacionada com a saúde e variáveis sociodemográficas, laborais e clínicas;
- c) Analisar as associações existentes entre os domínios da qualidade de vida relacionada com a saúde e o comprometimento organizacional;
- d) Analisar as associações existentes entre o comprometimento organizacional e variáveis sociodemográficas, laborais e clínicas;
- e) Avaliar se e que variáveis sociodemográficas, laborais e clínicas predizem o comprometimento organizacional;

Finalmente, na amostra de participantes sem doença crónica reumática, apresentam-se os seguintes objetivos:

- f) Analisar as associações existentes entre o comprometimento organizacional e variáveis sociodemográficas e laborais;

g) Constatar se e que variáveis demográficas e laborais predizem o comprometimento organizacional.

Apesar de existir bastante literatura e investigação relativa tanto à qualidade de vida relacionada com a saúde, como ao comprometimento organizacional, esta centra-se apenas nos sujeitos saudáveis, não contemplando amostras clínicas. Dada esta limitação, optou-se pela formulação de questões de investigação, ao invés da formulação de hipóteses.

Assim, tendo por base os objetivos formulados atrás, propõem-se as seguintes questões de investigação:

Questão 1) Haverá diferenças entre os sujeitos com e sem doença crónica quanto aos níveis de comprometimento organizacional?

Questão 2) Haverá relação entre a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde e variáveis sociodemográficas (idade), laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e número de faltas ao trabalho) e clínicas (tempo de diagnóstico) nos sujeitos com doença crónica reumática?

Questão 3) Haverá relação entre a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde e comprometimento organizacional nos sujeitos com doença crónica reumática?

Questão 4) Haverá relação entre o comprometimento organizacional e variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e número de faltas ao trabalho) na amostra de doentes crónicos reumáticos?

Questão 4.1) Serão as variáveis sociodemográficas (idade), laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e número de faltas ao trabalho) e clínicas (tempo de diagnóstico) preditoras do comprometimento organizacional no grupo de doentes crónicos reumáticos?

Questão 5) Haverá relação entre o comprometimento organizacional e variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e número de faltas ao trabalho) no grupo de sujeitos sem doença crónica?

Questão 5.1) Serão as variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e número de faltas ao trabalho) preditoras do comprometimento organizacional no grupo de sujeitos sem doença crónica?

2. Instrumentos

2.1. MOS SF-36 (*Medical Outcomes Study, Short-Form 36*)

O instrumento utilizado para medir a qualidade de vida dos doentes crônicos reumáticos foi o MOS SF-36 (*Medical Outcomes Study, Short Form-36*) versão traduzida e adaptada para o contexto português por Ferreira (2000) (Anexo 1) da versão original de Ware et al. (Ferreira & Santana, 2003). O objetivo do SF-36 é o de avaliar a qualidade de vida ou a percepção do estado de saúde, medindo as oito principais dimensões da saúde, através de 36 itens (Pais-Ribeiro, 2005; cit. in Louro, 2009; Ferreira, 2000). Uma vez que a pontuação varia entre 0 e 100, estipula-se como ponte de corte 50, de modo a determinar sujeitos que estão melhor e os que estão pior. Os sujeitos que pontuam com menos de 50 percecionam a sua qualidade de vida como pior, por sua vez, os que pontuam acima de 50 percecionam uma boa qualidade de vida (Servelhere, Fernandes, Ramina & Borges, 2011).

As oito dimensões que compõem este instrumento são: 1) função física, 2) desempenho físico, 3) dor corporal, 4) saúde no geral, 5) vitalidade, 6) função social, 7) desempenho emocional e 8) saúde mental.

A escala de função física é composta por 10 itens, tem como objetivo avaliar a limitação para executar atividades físicas menores (como vestir-se, tomar banho), atividades intermédias (levantar ou transportar compras da mercearia, subir lanços de escadas) e atividades mais cansativas. Valores mais baixos nesta escala sugerem que o sujeito está muito limitado na execução de tarefas físicas, como tomar banho e vestir devido a questões de saúde, por outro lado, valores mais elevados indicam que o sujeito não possui limitações por motivos de saúde para realizar qualquer tipo de tarefa física.

A escala de desempenho físico, com 4 itens, e a escala de desempenho emocional, com 3 itens, medem as limitações dos sujeitos ao nível da saúde em relação a problemas físicos ou emocionais, tipo e quantidade do trabalho executado. Estas escalas incluem a necessidade de diminuir a quantidade de trabalho, de limitar as tarefas usualmente realizadas. Baixos níveis nestas escalas demonstram problemas com o trabalho/atividades do dia-a-dia resultantes da saúde física ou emocional, níveis mais elevados revelam que o sujeito não tem problemas na realização do trabalho ou de outras atividades como consequência da saúde física ou emocional.

A escala da dor corporal compreende 2 itens que indicam a intensidade e o desconforto provocado pela dor, mas também demonstra a forma como esta interfere nas atividades diárias do sujeito. Valores baixos indicam dores intensas e extremamente limitativas, por outro lado valores mais altos indicam que o sujeito não possui dor ou limitações devido à dor.

Por sua vez, a escala da saúde em geral, com 5 itens, tem como objetivo medir o conceito da percepção geral da saúde, incluindo a saúde atual, a resistência à doença e a aparência saudável. Pontuações baixas significam que o sujeito avalia a sua saúde como má,

acreditando que a mesma vai piorar, pontuações altas significam que o sujeito avalia a saúde como excelente.

A escala de vitalidade, composta por 4 itens, permite, através da avaliação dos níveis de energia e de fadiga, captar as diferenças de bem-estar. Valores baixos indicam que o sujeito se sente cansado e exausto a maior parte do tempo e valores altos indicam que o sujeito se sente animado e com muita energia.

A escala de função social, com 2 itens, pretende captar a quantidade e qualidade de atividades sociais, bem como o impacto dos problemas emocionais e físicos das mesmas no sujeito. Ao apresentar pontuações baixas indica que os problemas emocionais e físicos estão a interferir de uma forma severa e frequente nas atividades sociais normais, por outro lado, altas pontuações significa que o sujeito realiza as suas atividades sociais normalmente, livre de problemas físicos ou emocionais.

Por fim, a escala de saúde mental, com 5 itens, inclui questões que se referem a quatro dimensões da saúde mental consideradas das mais importantes, designadamente ansiedade, depressão, perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico. Valores baixos sugerem que o sujeito se encontra sempre em estado de nervos e depressão, por outro lado valores altos indicam que o sujeito se encontra normalmente em paz, feliz e calmo.

Existe ainda a escala de Mudança de saúde, com apenas 1 item, que pede ao sujeito que, com base na sua experiência, indique a quantidade de mudança na sua saúde no geral. Porém, esta não é considerada um conceito de saúde.

No quadro seguinte apresentam-se os itens de cada escala abreviados.

Tabela 3: Conteúdos abreviados dos itens das escalas do SF-36 (adaptada de Ferreira, 2000)

Escala	Item	Conteúdo Abreviado
Função Física	3a	Atividades violentas, tais como correr, desportos violentos
	3b	Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa
	3c	Levantar ou carregar as compras da mercearia
	3d	Subir vários lanços de escada
	3e	Subir um lanço de escadas
	3f	Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se
	3g	Andar mais de 1 Km
	3h	Andar vários quarteirões
	3i	Andar um quarteirão
	3j	Tomar banho ou vestir-se sozinho/a

Desempenho Físico	4a	Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades
	4b	Fez menos do que queria
	4c	Limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades
	4d	Dificuldade em executar o trabalho ou outras atividades
Dor Corporal	7	Intensidade das dores
	8	Interferência da dor no trabalho normal
Saúde Geral	1	A sua saúde é: ótima, muito boa, boa, razoável, fraca
	11a	Parece que adoço mais facilmente do que os outros
	11b	Sou tão saudável como qualquer outra pessoa
	11c	Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar
	11d	A minha saúde é ótima
Vitalidade	9a	Cheio/a de vitalidade
	9e	Com muita energia
	9g	Sentiu-se estafado/a
	9i	Sentiu-se cansado/a
Função Social	6	Interferência dos problemas de saúde nas atividades sociais normais
	10	Número de casos em que a saúde física interferiu nas atividades sociais
Desempenho emocional	5a	Diminuição do tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades
	5b	Fez menos do que queria
	5c	Não trabalhou tão cuidadosamente como era costume
Saúde mental	9b	Sentiu-se muito nervoso/a
	9c	Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava
	9d	Sentiu-se calmo/a e tranquilo
	9f	Sentiu-se triste e em baixo
	9h	Sentiu-se feliz
Mudança de Saúde	2	Classificação da saúde atual comparada com o que acontecia há um ano

As oito escalas devem ser agrupadas em duas componentes, a componente física que alberga as escalas de função física, de desempenho físico, de dor corporal e de saúde em geral, e por outro lado, a componente mental que inclui a escala de saúde mental, de desempenho emocional, de função social e de vitalidade. Estas componentes obtêm-se através da análise fatorial de componentes depois de os dados terem sofrido rotações ortogonais. O método de pontuação utilizado é o de Likert, variando em escalas de 6 a 2 pontos.

A validação para a população portuguesa deste instrumento foi levada a cabo por Ferreira (2000), através de um estudo com 930 mulheres grávidas ou no pós-parto que acorreram a maternidades ou centros de saúde. A fiabilidade das oito escalas foi medida

através do alpha de Chronbach, onde a escala da “função física” obteve .87, a escala do “desempenho físico”.75, a da “dor corporal” .84, a da “saúde geral” .87, a da “vitalidade” .82, a da “função social” .60, a do “desempenho emocional” .71 e, por fim, a da “saúde mental” .64.

2.2. Escala de Comprometimento Organizacional

O questionário utilizado para avaliar o comprometimento organizacional resultou da adaptação e tradução para a língua portuguesa realizada por Bruno (2007) (Anexo 2) do Questionário de Comprometimento Organizacional (*Organizational Commitment Questionnaire*) criado por Allen e Meyer (1990) e Meyer et al. (1993). Desenvolvido com base no modelo das três componentes, o questionário criado por Allen e Meyer (1990) tem como objetivo avaliar o comprometimento organizacional através do comprometimento afetivo, comprometimento calculativo e comprometimento normativo. A primeira versão do instrumento era composta por 24 itens, porém, na versão revista (1993) os itens aumentaram para 26.

A escala utilizada no presente estudo foi adaptada e traduzida para o contexto português por Bruno (2007) através de um estudo sobre a influência do estilo de liderança no comprometimento organizacional, ao qual participaram colaboradores efetivos, empregados a tempo inteiro e que trabalhavam há um ano numa empresa de distribuição. Após testar os itens das duas versões originais da escala de Allen e Meyer (1990;1993), a versão final de Bruno (2007) conta com 26 itens, avaliados numa escala de Likert de 5 pontos (de 1= Discordo Totalmente a 5= Concordo Totalmente), ao invés da escala de Likert de 7 pontos da versão original. Ao adaptar a escala original de Allen e Meyer (1990) para a população portuguesa, Bruno (2007) alterou alguns itens de acordo com o contexto português. Apesar dessa alteração, a escala de comprometimento organizacional de Bruno (2007), dos 26 itens que a compõem, 14 itens não sofreram nenhuma adaptação, mantendo-se iguais à sua versão original. Para além da redução da escala de Likert, Bruno (2007) optou por converter os itens formulados na negativa para a positiva (tabela 4), de modo a tornarem-se mais explícitos e não remeterem os respondentes a enganos ao assinalar a resposta.

Tabela 4: Conversão para a forma positiva dos itens do Questionário de Comprometimento Organizacional de Allen e Meyer (1990) formulados na negativa

Questionário de Comprometimento Organizacional de Allen e Meyer (1990)	Escala de Comprometimento Organizacional de Bruno (2007)
Acredito que há muito poucas alternativas para poder pensar em sair desta empresa	Sinto que tenho poucas alternativas de emprego se deixar a organização.
Não me sinto “emocionalmente ligado” a	Sinto-me “emocionalmente ligado” à minha

esta empresa	organização
Sinto que não tenho qualquer dever moral em permanecer na empresa onde estou atualmente	Sinto-me obrigado(a) a permanecer na organização por lealdade.
Não me sinto como “fazendo parte da família” nesta empresa	Sinto-me como fazendo “parte da família” na minha organização.
Na realidade sinto os problemas desta empresa como se fossem meus	Sinto os problemas da minha organização como se fossem meus.
Não me sinto como fazendo parte desta empresa	Sinto um forte sentimento de pertença à minha organização.

A escala de comprometimento afetivo é composta por 6 itens da versão original de Allen e Meyer (1990) (do item 1 ao 6) que dizem respeito a sentimento de pertença e a vínculos afetivos que os colaboradores têm para com a sua organização. Os itens que compõem a escala são: item 1) “Ficaria muito satisfeito(a) por fazer o resto da minha carreira nesta organização”, item 2) “Sinto os problemas da minha organização como se fossem meus”, item 3) “Sinto-me como fazendo “parte da família” na minha organização”, item 4) “Sinto-me “emocionalmente ligado à minha organização”, item 5) “Esta organização tem para mim um grande significado” e item 6) “Sinto um forte sentimento de pertença à minha organização”.

A escala de comprometimento calculativo, por outro lado, é composta por 7 itens (do item 7 ao 13), onde apenas o item 12 pertence à versão original da escala, e diz respeito à percepção dos custos associados à mudança/saída da organização e à ausência de alternativas. Os itens que compõem a escala são: item 7) “Mesmo que eu quisesse, seria muito difícil sair agora da minha organização”, item 8) “Muitas coisas da minha vida ficariam complicadas se eu decidisse sair desta organização agora”, item 9) “Neste momento, permanecer na minha organização é tanto uma questão de necessidade como de desejo”, item 10) “ Sinto que tenho poucas alternativas de emprego se deixar esta organização”, item 11) “Uma das consequências de deixar esta organização seria a escassez de outras alternativas de emprego”, item 12) “Continuo a trabalhar nesta organização porque a minha saída implicaria sacrifícios pessoais consideráveis; outra qualquer organização pode não me proporcionar todas as regalias que aqui tenho”, e item 13) “Se eu não me tivesse empenhado tanto nesta organização consideraria a hipótese de trabalhar noutro lado”.

Por fim, a escala de comprometimento normativo é composta por 13 itens (do item 14 ao 26), em que 7 itens pertencem à versão original (Allen & Meyer, 1990), e exprime o desejo de permanecer na organização devido à obrigação moral para o fazer. Os itens que constituem a escala são: item 14) “Acredito que uma pessoa tenha que ser sempre leal à sua organização”, item 15) “Considero falta de ética “andar a saltitar” de organização em organização”, item 16) “Uma das principais razões para continuar a trabalhar nesta

organização é que acredito que a lealdade é importante e, por isso, sinto obrigação moral de permanecer nela”, item 17) “Se recebesse uma oferta de emprego melhor, não seria correto sair da minha organização”, item 18) “Fui ensinado(a) a acreditar no valor de permanecer leal à minha organização”, item 19) “As coisas eram melhores no tempo em que as pessoas permaneciam numa organização a maior parte das suas vidas/carreiras”, item 20) “Acredito que querer ser um elemento determinante na organização ainda hoje faz sentido nos nossos dias”, item 21) “Sinto-me obrigado(a) a permanecer na organização por lealdade”, item 22) “Mesmo que me trouxesse vantagens, sinto que não deveria abandonar agora a minha organização”, item 23) “Sentir-me-ia culpado(a) se saísse agora da minha organização”, item 24) “Esta organização merece a minha lealdade”, item 25) “Não deixaria a minha organização agora porque tenho um sentido de obrigação para com as pessoas que nela trabalham” e item 26) “Sinto-me em dívida para com a minha organização”.

Bruno (2007) recorreu ao Alpha de Cronbach para medir a fiabilidade das três escalas e da escala total, onde a escala de comprometimento afetivo obteve um alpha de .86, a escala de comprometimento calculativo obteve .78, a escala de comprometimento normativo .87 e a escala total obteve .89, revelando-se todos níveis satisfatórios. Em relação à análise fatorial da Escala de Comprometimento Organizacional de Bruno (2007), Marques (2010), no seu estudo com trabalhadores do setor de dispositivos médicos, identificou 5 fatores. O primeiro fator permite explicar 33.52% da variabilidade total da escala, conseguindo representar a dimensão “comprometimento afetivo” na sua totalidade, embora se incluam itens das dimensões restantes, mais propriamente os itens 7 e 9 da dimensão calculativa e o 14 e 20 da dimensão normativa. O segundo fator explica 18.47% da variância, um valor pouco discriminativo entre as três escalas, pois é definido por valores $>.5$ nas escalas de comprometimento calculativo (itens 8,10 12, 13) e de comprometimento normativo (15, 16, 17, 18, 21). O terceiro fator, com 11.81% da variabilidade, identifica-se nos itens 22, 23, 25 e 26 da dimensão normativa e no item 11 da dimensão calculativa. O quarto fator, com 7.62% da variabilidade, e o quinto fator, com 7.04%, são definidos pelos itens 19 e 24 da escala normativa, respetivamente. Esta análise das componentes principais permitiu identificar um fator “puro” - o primeiro fator, expressivo de pelo menos uma das componentes do comprometimento, a afetiva e, para além disso, os primeiros três fatores explicam uma estrutura tri-fatorial, idêntica à observada nos estudos de Allen e Meyer (1990).

2.3. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi elaborado especificamente para a presente investigação, com o intuito de recolher dados referentes às dimensões sociodemográficas, laborais (anexo 3). O questionário sociodemográfico para a amostra de sujeitos com doença crónica continha ainda questões sobre a sua condição clínica (anexo 4). A primeira parte do questionário é dedicada às questões sociodemográficas, como a idade, género, habilitações literárias e informação relativa à situação familiar. A segunda parte é dedicada a informação

relativa à situação profissional, como a profissão, o tipo de contrato, a antiguidade na organização, as horas de trabalho e o número de faltas ao trabalho nos últimos 4 meses (Anexo 3). No questionário para os sujeitos crónicos existe ainda uma terceira parte, com informações relativas às condições clínicas, como há quanto tempo possui o diagnóstico de doença crónica e há quanto tempo é seguido nas consultas no hospital (Anexo 4).

3. Participantes

A amostra do estudo é composta por 69 sujeitos. Do total, 27 participantes possuem doença crónica reumática, compondo a amostra de sujeitos com doença crónica do foro reumático, e 42 participantes não possuem doença crónica.

Na amostra de doentes crónicos, as idades compreendem-se entre os 28 e os 80 anos, com uma média de 42 anos e um desvio-padrão de 12,8. Por outro lado, a amostra de sujeitos saudáveis tem idades compreendidas entre os 22 e os 62 anos, com uma média de 35,5 anos e um desvio-padrão de 5,7 (tabela 5).

Tabela 5: Caracterização dos sujeitos com doença crónica (N=27) e dos sujeitos sem doença crónica (N=42) por idade

Idade	Média	Desvio Padrão	Min	Máx
Sujeitos com doença crónica	42	12,9	28	80
Sujeitos sem doença crónica	35,5	5,7	22	62

Como se pode verificar na tabela 6, em relação ao sexo, na amostra de sujeitos com doença crónica a maioria dos participantes pertencem ao sexo feminino (n=22, 81,5%), já na amostra de sujeitos sem doença, apesar de a maioria também pertencer ao sexo feminino (n=22, 52,4%), existe um maior número de respondentes masculinos em relação à outra amostra (n=20, 47,2%). No que concerne ao estado civil, a maioria dos doentes com doença crónica são casados (n= 14, 51,9%), 9 são solteiros (33,3%), 2 viúvos (7,4%), 1 sujeito em união de facto (3,7%) e 1 sujeito divorciado (3,7%). Na amostra de participantes sem doença crónica, 19 participantes são casados (45,2%), 16 são solteiros (38,1%), 4 são divorciados (9,5%) e 3 estão em união de facto (7,1%). Quanto às habilitações literárias, na amostra de sujeitos com doença crónica o nível “Licenciatura” é o que possui uma maior percentagem de respondentes (n= 9, 33,3%), seguido pelos níveis “Até ao 9º ano” e “Ensino Secundário”, ambos com 6 sujeitos (22,2%), “Mestrado” com 5 sujeitos (18,5%) e “Doutoramento” com 1 sujeito (3,7%). Já nos sujeitos sem doença crónica, a maior percentagem de respostas situa-se no nível “Ensino Secundário” (n= 16, 35,1%), seguido pelos níveis “Até ao 9º ano” e “Licenciatura”, ambos com 11 sujeitos (26,2%), “Mestrado” com 3 sujeitos (7,1%) e

“Doutoramento” com 1 sujeito (2,4%). No que se refere à situação profissional, no grupo de sujeitos com doença crónica 23 participantes estão empregados a tempo inteiro (88,8%) e 3 estão numa situação a tempo parcial (11,2%), na amostra sem doença crónica 34 participantes têm um emprego a tempo inteiro (81%), 3 participantes têm um emprego a tempo parcial (7,1%) e 5 estão numa outra situação profissional (11,9%).

Tabela 6: Valores descritivos da amostra de sujeitos com doença crónica (N=27) e da amostra de sujeitos sem doença crónica (N=42).

		Sujeitos com doença crónica		Sujeitos sem doença crónica	
		N	%	N	%
Sexo	Masculino	5	18,5	20	47,2
	Feminino	22	81,5	22	52,4
	Total	27	100	42	100
Estado Civil	Solteiro	9	33,3	16	38,1
	Casado	14	51,9	19	45,2
	Divorciado	1	3,7	4	9,5
	Viúvo	2	7,4	0	0
	União de Facto	1	3,7	3	7,1
	Total	27	100	42	100
Habilitações Literárias	Até ao 9º ano	6	22,2	11	26,2
	Ensino Secundário	6	22,2	16	38,1
	Licenciatura	9	33,3	11	26,2
	Mestrado	5	18,5	3	7,1
	Doutoramento	1	3,7	1	2,4
	Total	27	100	42	100
Situação Profissional	Empreg. tempo inteiro	23	88,8	34	81
	Empreg. tempo parcial	3	11,2	3	7,1
	Outra Situação	0	0	5	11,9
	Total	26 ^a	100	42	100

^a 1 sujeito não respondeu a esta questão.

Em média, os sujeitos com doença crónica trabalham na organização há 14,21 anos (DP= 13,84), enquanto que a população de sujeitos saudáveis trabalha na organização, em média, há 10,43 anos (ver tabela 7).

Tabela 7: Valores descritivos da antiguidade na empresa da amostra de sujeitos com doença crónica (N=27) e da amostra de sujeitos sem doença crónica (N=42)

	Média	Desvio Padrão	Min	Máx
Sujeitos com doença crónica	14,21	13,84	0,25	65
Sujeitos sem doença crónica	10,43	10,27	0,16	31,83

Em relação ao tempo que passam no local de trabalho, a amostra de sujeitos com doença crónica passa em média 7,92 horas no trabalho (DP= 1,66), com um número mínimo de 4 horas e máximo de 12 horas. A amostra de sujeitos sem doença crónica, em média, passa 8,04 horas no trabalho (DP= 1,14), com um mínimo de 5 horas e máximo 12 horas (ver tabela 8).

Tabela 8: Valores descritivos das horas de trabalho da amostra de sujeitos com doença crónica (N=27) e da amostra de sujeitos sem doença crónica (N=42)

	Média	Desvio Padrão	Min	Máx
Sujeitos com doença crónica	7,92	1,66	4	12
Sujeitos sem doença crónica	8,04	1,14	5	12

Quanto às faltas dadas nos últimos 4 meses, por motivos de doença, os sujeitos com doença crónica faltaram em média 7,15 dias (DP= 23,82) e os sujeitos sem doença crónica faltaram em média 1,40 dias (DP= 4,31) (ver tabela 9).

Tabela 9: Valores descritivos das faltas ao trabalho da amostra de sujeitos com doença crónica (N=27) e da amostra de sujeitos sem doença crónica (N=42)

	Média	Desvio Padrão	Min	Máx
Sujeitos com doença crónica	7,15	23,82	0	120
Sujeitos sem doença crónica	1,40	4,31	0	26

Por fim, em relação ao diagnóstico da doença crónica, em média, a doença foi diagnosticada há 8,40 anos (DP=5,42), com um mínimo de 2 anos e um máximo de 20 anos (ver tabela 10).

Tabela 10: Valores descritivos do tempo de diagnóstico da doença na amostra de sujeitos com doença crónica (N=27).

	Média	Desvio Padrão	Min	Máx
Sujeitos com doença crónica	8,40	5,42	2	20

4. Procedimentos

O presente estudo enquadra-se no projeto de investigação PROJETO CRON/PFT2014 - Doença Crónica e Saúde Mental: Variáveis psicossociais, familiares e do contexto de trabalho.

Como a amostra do presente estudo é composta por dois grupos amostrais, sujeitos com doença crónica e sujeitos sem doença o procedimento da recolha dos mesmos diferiu entre eles.

Em relação à recolha da amostra se sujeitos com doença crónica, composta por sujeitos com doença crónica reumática, contou-se com o apoio do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), na Covilhã, e do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), em Viseu, nomeadamente o serviço de Reumatologia de ambos. A amostra foi recolhida por conveniência, tendo como critérios de inclusão:

- Sujeitos com mais de 18 anos
- Com pelo menos uma doença crónica reumática
- Com uma atividade profissional remunerada há, pelo menos, 3 meses
- Seguidos nas consultas externas de reumatologia no CHCB ou no CHTV.

O questionário relativo à amostra de sujeitos com doença crónica, consentido pela Comissão de Ética dos Centros Hospitalares, era composto por dois instrumentos, o MOS SF-36 (Anexo x), a Escala de Comprometimento Organizacional (Anexo 5) e um questionário sociodemográfico com dados sociodemográficos, demográficos, laborais e clínicos. Este foi aplicado presencialmente aos sujeitos, nas salas de espera dos serviços de reumatologia, antes ou após as consultas externas das respetivas unidades hospitalares. Antes do início da resposta ao questionário, os participantes liam e assinavam uma declaração de consentimento informado, onde lhes era explicado o objetivo do estudo e garantido o seu anonimato e confidencialidade de respostas. A difusão dos questionários ocorreu entre Janeiro e Junho de 2015, tendo sido obtido um total de 27 respostas.

Quanto à amostra de sujeitos sem doença crónica, foi um processo por conveniência desde que os respondentes cumprissem os seguintes critérios:

- Sujeitos com mais de 18 anos;
- Sem diagnóstico de doenças crónicas;
- Com uma atividade profissional remunerada há, pelo menos, 3 meses.

O questionário era composto pela Escala de Comprometimento Organizacional e por um questionário sociodemográfico, com dados biográficos, demográficos e laborais, tendo

sido garantido aos respondentes o seu anonimato e confidencialidade de respostas. Este foi aplicado presencialmente, dentro e fora do local de trabalho dos sujeitos, com uma breve explicação dos objetivos do estudo e dos critérios de inclusão. Foi garantido o anonimato e confidencialidade de respostas. A aplicação dos questionários ocorreu entre Novembro e Janeiro de 2015, tendo sido obtido um total de 42 respostas.

Os dados obtidos foram tratados e analisados pela ferramenta IBM® SPSS® *Statistics* versão 21, programa que permite a criação de bases de dados e o seu posterior tratamento e análise estatística.

Capítulo III - Resultados

O presente capítulo tem como objetivo a análise dos resultados dos testes estatísticos utilizados para responder às questões de investigação formuladas no capítulo anterior.

Para a testagem da normalidade da distribuição da amostra, utilizou-se o teste Shapiro-Wilk por ser considerado um teste mais potente (Mâroco, 2007). Segundo este teste, para uma amostra ser considerada de distribuição normal necessita de indicar um p-valor não significativo ($p > 0.05$) (Mâroco, 2007).

Em relação ao SF-36, foram testados todos os domínios deste instrumento pois não existe uma variável com uma pontuação total do mesmo (tabela 11).

Tabela 11: Teste Shapiro-Wilk para a testagem da normalidade da escala SF-36

	p-valor
Função Física	.083
Desempenho Físico	.096
Desempenho Emocional	.008
Dor Corporal	.032
Saúde Geral	.222
Vitalidade	.177
Função Social	.008
Saúde Mental	.013

Apesar de a função física, desempenho físico, dor corporal e saúde geral seguirem uma distribuição normal ($p > 0.05$), os restantes domínios (desempenho emocional, vitalidade, função social e saúde mental) não seguem distribuição pois o seu p-valor mostra significância ($p < 0.05$).

Como a amostra não segue uma distribuição normal em todos os domínios, para a testagem deste instrumento serão utilizados testes não-paramétricos.

Em relação à Escala de Comprometimento Organizacional, foram utilizadas as três dimensões da escala para a testagem da normalidade da amostra na amostra de sujeitos com doença crónica e na amostra de sujeitos sem doença crónica. Foi novamente usado o teste de Shapiro-Wilk (tabela 12).

Tabela 12: Teste Shapiro-Wilk para a testagem da normalidade das dimensões da escala de comprometimento organizacional, para a amostra de sujeitos com doença crónica (n=27)

	p-valor
Comprometimento Afetivo	.068
Comprometimento Calculativo	.084
Comprometimento Normativo	.345

Verifica-se através do teste Shapiro-Wilk, que todas as dimensões da escala de comprometimento organizacional, na amostra de sujeitos com doença crónica, seguem uma distribuição normal ($p > 0.05$).

Tabela 13: Teste Shapiro-Wilk para a testagem da normalidade das dimensões da escala de comprometimento organizacional, para a amostra de sujeitos sem doença crónica (n=42)

	p-valor
Comprometimento Afetivo	.300
Comprometimento Calculativo	.372
Comprometimento Normativo	.865

Tal como sucedido para a amostra de sujeitos com doença crónica também na amostra de sujeitos sem doença as dimensões do comprometimento organizacional apresentam uma distribuição normal ($p > 0.05$) (tabela 13).

Para a testagem das dimensões da escala de comprometimento organizacional, tanto na amostra de sujeitos com doença crónica como na amostra de sujeitos sem doença serão utilizados testes paramétricos, dada a normalidade da sua distribuição.

Os testes paramétricos utilizados foram o *t-test* para amostras independentes e a regressão linear. O *t-test* é um teste utilizado para comparar médias de variáveis quantitativas com variáveis dicotómicas, como por exemplo o “Sexo”, por outro lado a regressão linear atesta a relação funcional entre uma variável dependente e uma ou mais variáveis independentes (Pestana & Gageiro, 2000).

O teste não paramétrico utilizado foi o coeficiente de correlação de Spearman que permite avaliar a força e a direção da associação entre variáveis (Martins, 2011). Apesar de a escala de comprometimento organizacional, nas duas amostras, seguir distribuição normal, utilizar-se-á a correlação de Spearman para este instrumento pois como a amostra é pequena, este teste é mais potente e mais viável (Maroco, 2007).

De forma a avaliar os indicadores de qualidade de vida relacionada com a saúde nos sujeitos com doença crónica reumática, procedeu-se a uma análise descritiva, antecedendo os resultados, onde é possível avaliar a pontuação que a função física, desempenho físico, desempenho emocional, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social e saúde mental (domínios) e medida sumária física e medida sumária mental (variáveis) possuem.

Para avaliar estes resultados, recorreu-se aos valores das médias para observar se os sujeitos apresentavam melhor ou pior qualidade de vida, numa escala de 0 a 100 onde 0 é pior e 100 é melhor, com um ponto de corte de 50. O domínio que apresentou um pior resultado foi a Saúde Geral (42.03, DP= 16.89), pontuando abaixo de 50, sendo a pontuação máxima é 100. Por outro lado, o domínio que apresentou o melhor resultado foi a Função Física (77.22, DP=19.62). Os restantes domínios pontuaram sempre acima de 50 - Desempenho Físico (67.12, DP=25.45), Desempenho Emocional (75.64, DP=21.59), Dor Corporal (58.92, DP=22.06), Vitalidade (54.44, DP=23.71), Função Social (75) e Saúde Mental (69.33, DP=22.76). Em relação às variáveis do SF36, a Medida Sumária Física pontuou abaixo de 50 (42.42, DP=9.56) e a Medida Sumária Mental pontuou nos no meio da escala (50.09, DP=10), com apenas 7.67 pontos de diferença entre elas, revelando níveis positivos baixos de qualidade de vida (ver tabela 14).

Tabela 14: Estatística descritiva dos domínios e variáveis do questionário SF36 (N=27).

Grupo Clínico	N	Min	Máx	Media	DP
Função Física	27	30	100	77.2222	19.62
Desempenho Físico	27	1	100	67.1296	25.45
Desempenho Emocional	27	33.33	100	75.6410	21.59
Dor Corporal	27	22	100	58.9259	22.06
Saúde Geral	27	15	85	42.0370	16.89
Vitalidade	27	10	90	54.4444	23.71
Função Social	27	37.50	100	75	20.80
Saúde Mental	27	8	100	69.3333	22.76
Medida sumária física	27	26.69	60.72	42.4227	9.56
Medida sumária mental	27	23.98	66.58	50.0919	10

Síntese dos resultados

Em relação às pontuações, estas foram as seguintes:

- A função física obteve uma pontuação acima do valor médio, o que indica que os sujeitos não possuem limitações, derivadas da saúde, para realizar tarefas físicas;
 - O desempenho físico e o desempenho emocional obtiveram pontuações acima do valor médio que indicam que os sujeitos não têm problemas na realização do trabalho ou de outras atividades como consequência da saúde física ou emocional;
 - A dor corporal, com uma pontuação acima do valor médio, revela que os sujeitos não possuem dor ou limitações devido à dor;
 - A saúde geral obteve uma pontuação abaixo do valor médio, indicando que os sujeitos avaliam a sua saúde como má, acreditando que esta vai piorar;
 - A vitalidade adquiriu uma pontuação acima do valor médio, o que revela que os sujeitos se sentem animados e com muita energia.
 - A função social conseguiu uma pontuação acima do valor médio, o que significa que os sujeitos realizam as suas atividades sociais normalmente, livre de problemas físicos ou emocionais.
 - A saúde mental obteve uma pontuação acima do valor médio o que indica que os sujeitos se encontram em paz, felizes e calmos.
-

Questão 1) Haverá diferenças entre os sujeitos com e sem doença crónica quanto aos níveis de comprometimento organizacional?

De modo a perceber se existem diferenças entre os grupos de sujeitos com e sem doença crónica reumática, em relação ao comprometimento organizacional, realizaram-se quatro testes, considerando cada uma das três dimensões do comprometimento organizacional e o valor total da escala. Na tabela 15, pode verificar-se que apenas existem diferenças significativas em relação ao comprometimento normativo, $t=2.518$ e $p= 0.014$ (<0.05), tendo os sujeitos com doença crónica ($M= 36,44$) uma média inferior aos sujeitos sem doença crónica reumática ($M= 43,05$).

Tabela 15: *T-test*: Comparação de médias entre as dimensões e total do comprometimento organizacional e os sujeitos com doença ($n=27$) e sem doença crónica ($n=42$).

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Comprometimento Organizacional	1.555	63	.125
Afetivo	-0.006	65	.995
Calculativo	0.869	66	.388
Normativo	2.518	65	.014*

*<0.05

Nota: A realce encontram-se os valores estatisticamente significativos.

Síntese dos resultados

Em relação aos testes realizados para comparar a amostra de doentes crónicos com a amostra de sujeitos sem doenças, concluiu-se que:

- Existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao comprometimento normativo, tendo os sujeitos sem doença crónica reumática valores superiores aos sujeitos com doença crónica reumática;
 - Não existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao comprometimento organizacional;
 - Não existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao comprometimento afetivo;
 - Não existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao comprometimento calculativo.
-

Questão 2) Haverá relação entre a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde e variáveis sociodemográficas (idade), laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e número de faltas ao trabalho) e clínicas (tempo de diagnóstico) nos sujeitos com doença crónica reumática?

De modo a perceber se as subescalas do SF-36 se associam a variáveis demográficas (idade), laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e faltas ao trabalho) e clínicas (tempo de diagnóstico) no grupo dos doentes crónicos (n= 27), optou-se por calcular correlações de Spearman. Verificou-se que a maioria das variáveis não está relacionada entre si de modo significativo. As relações significativas verificadas possuem valores de p entre .002 e .044. e quanto à sua intensidade variam entre fraca a moderada. As correlações significativas verificaram-se entre os seguintes pares de variáveis: desempenho físico e antiguidade na empresa ($r = .390$; $p < 0.05$), função física e faltas ao trabalho ($r = -.583$; $p < 0.01$), desempenho físico e faltas ao trabalho ($r = -.584$; $p < 0.01$), desempenho emocional e faltas ao trabalho ($r = -.450$; $p < 0.05$), dor corporal e faltas ao trabalho ($r = -.599$; $p < 0.01$), função social e faltas ao trabalho ($r = .545$; $p < 0.01$) e medida sumária física e faltas ao trabalho ($r = .519$; $p < 0.01$) (ver tabela 16).

Tabela 16: Correlação de Spearman entre as variáveis de estudo na amostra de sujeitos com doença crónica reumática (N=27).

	Idade	Antiguidade Empresa	Horas Trabalho	Faltas Trabalho	Tempo Diagnóstico
Função Física	-.091	-.029	.037	-.583**	-.101
Desempenho Físico	.151	.390*	-.084	-.584**	-.322
Desempenho Emocional	.250	.113	.013	-.450*	.039
Dor Corporal	-.087	.138	-.013	-.599**	-.267
Saúde Geral	.159	.080	-.210	-.328	-.091
Vitalidade	-.092	-.071	-.060	-.294	-.346
Função Social	.105	.182	-.116	.545**	.140
Saúde Mental	.071	.099	-.049	-.210	-.175
Medida sumária física	-.136	-.004	-.011	.519**	-.255
Medida sumária mental	.125	.145	.045	-.307	.018

*p<0.05; ** p<0.01

Nota: A realce encontra-se os valores de correlação estatisticamente significativos.

Síntese dos resultados

Em relação à correlação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde e as variáveis demográficas, apenas cinco possuem correlações estatisticamente significativas:

- A função física e as faltas ao trabalho correlacionam-se de forma moderada, negativa e significativa;
- O desempenho físico e as faltas ao trabalho correlacionam-se de forma moderada, negativa e significativa;
- O desempenho físico e a antiguidade na empresa correlacionam-se de forma fraca mas positiva e significativa;
- O desempenho emocional e as faltas ao trabalho correlacionam-se de forma moderada, negativa e significativa;
- A dor corporal e as faltas ao trabalho correlacionam-se de forma moderada, negativa e significativa;
- A função social e as faltas ao trabalho correlacionam-se de forma moderada, negativa e significativa.

Questão 3) Haverá relação entre a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde e comprometimento organizacional?

Também para dar resposta à presente questão utilizou-se a correlação de Spearman, de modo a averiguar se os domínios e variáveis do questionário SF36 se relacionam com as dimensões e total do questionário de comprometimento organizacional, no grupo de doentes crónicos reumáticos (n=27). Apesar de existirem algumas associações significativas, estas revelam-se fracas a moderadas. As relações significativas são apenas três: desempenho físico e comprometimento afetivo ($r=.388$, $p<0.05$), desempenho físico e comprometimento calculativo ($r=.438$, $p<0.05$) e desempenho físico e comprometimento organizacional ($r=.407$; $p<0.05$) (ver tabela 17).

Tabela 17: Correlação entre os oito domínios e duas dimensões do questionário SF-36 e as três dimensões do comprometimento organizacional na amostra de sujeitos com doença crónica (N=27).

	Comprometimento Afetivo	Comprometimento Calculativo	Comprometimento Normativo
Função Física	.202	.242	.187
Desempenho Físico	.388*	.438*	.220
Desempenho Emocional	.286	.185	.245
Dor Corporal	.224	.375	.126
Saúde Geral	.103	-.045	.204
Vitalidade	.086	.047	.252
Função Social	.095	.258	.060
Saúde Mental	.101	-.014	.072
Medida Sumária Física	.171	.339	.146
Medida Sumária Mental	.069	.051	.073

* $p<0.05$

Nota: A realce encontra-se os valores de correlação estatisticamente significativos.

Síntese dos resultados

Em relação à correlação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde e o comprometimento organizacional, apenas duas possuem correlações estatisticamente significativas:

- O desempenho físico e o comprometimento afetivo correlacionam-se de forma fraca, positiva e significativa;
- O desempenho físico e o comprometimento calculativo correlacionam-se de forma moderada, positiva e significativa;

Questão 4) Haverá relação entre o comprometimento organizacional e variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e número de faltas ao trabalho) nos doentes crónicos?

Para avaliar a existência, ou não, de relações entre as dimensões e o comprometimento organizacional com variáveis sociodemográficas (idade) e variáveis laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e faltas ao trabalho) no grupo de sujeitos com doença (n=27), realizou-se uma correlação de Spearman. Desde relações negligenciáveis ($r=-.031$) a relações moderadas ($r=.593$), positivas e negativas, as relações significativas foram apenas três: comprometimento organizacional e antiguidade na empresa ($r=.520$; $p<0.01$), comprometimento afetivo e idade ($r=.432$; $p<0.05$) e comprometimento afetivo e antiguidade na empresa ($r=.593$; $p<0.01$) (ver tabela 18).

Tabela 18: Correlação entre as dimensões e o total da escala de comprometimento organizacional e variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e faltas ao trabalho) no grupo com doença crónica (N=27)

	Idade	Antiguidade Empresa	Horas Trabalho	Faltas Trabalho
Afetivo	.432*	.593**	-.031	-.177
Comprometimento Calculativo	.120	.246	.192	-.272
Normativo	.205	.346	-.190	-.045

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

Nota: A realce encontra-se os valores de correlação estatisticamente significativos.

Síntese dos resultados

A correlação entre as dimensões do comprometimento e as variáveis demográficas apresenta duas correlações estatisticamente significativas, na amostra de doentes reumáticos:

- O comprometimento afetivo e a idade correlacionam-se de forma moderada, positiva e significativa;
- O comprometimento afetivo e a antiguidade na empresa correlacionam-se de forma moderada, positiva e significativa;

Questão 4.1) Serão as variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e número de faltas ao trabalho) preditivas da variância das dimensões do comprometimento organizacional no grupo de doentes crónicos?

Modelo 1: Comprometimento afetivo, idade e antiguidade na empresa

Tendo por base as correlações entre as dimensões do comprometimento organizacional e variáveis sociodemográficas e laborais, foi realizada uma regressão linear múltipla, onde se estipularam como variáveis dependentes/critério o comprometimento afetivo e como preditores a idade e a antiguidade na organização.

Tabela 19: Coeficientes de regressão e estatísticas do Modelo 1

	B	EP	t	p
(Constante)	15.640	2.700	5.792	.000
Idade	3.264	2.074	1.574	.129
Antiguidade na org.	.117	.096	1.215	.236

Estatísticas do modelo	
R ²	.253
F(gl); p-valor	F(2)= 5.413; p=<0.05

De acordo com a tabela 19, pode afirmar-se que, apesar do modelo ser significativo ($p < 0.05$), as variáveis independente, idade e antiguidade na organização, não são preditoras do comprometimento afetivo, pois em nenhuma se verificou um $p < 0.05$.

Síntese dos resultados

Relativamente ao comprometimento afetivo, à idade e à antiguidade na empresa, conclui-se que:

- A idade e a antiguidade na organização não são preditores do comprometimento afetivo.

Questão 5) Haverá relação entre o comprometimento organizacional e variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e número de faltas ao trabalho) no grupo de sujeitos sem doença crónica?

Para responder a esta questão, foi novamente utilizada uma correlação de Spearman de modo a averiguar a possível existência de relação entre o comprometimento organizacional e suas dimensões com variáveis sociodemográficas e laborais, no grupo sem doença ($n=42$). Existem apenas duas relações significativas com a variável sociodemográfica -

idade: comprometimento organizacional ($r=.360$; $p<0.01$), comprometimento calculativo ($r=.491$; $p<0.01$) e comprometimento normativo ($r=.330$; $p<0.05$) (ver tabela 20).

Tabela 20: Correlação entre as dimensões e o total do questionário de comprometimento organizacional com variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e faltas ao trabalho) no grupo de sujeitos sem doença (N=42).

		Idade	Antiguidade Empresa	Horas Trabalho	Faltas Trabalho
	Afetivo	.135	-.119	-.133	.096
Comprometimento	Calculativo	.491**	.237	-0.01	.007
	Normativo	.330*	.101	-.105	.089

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

Nota: A realce encontra-se os valores de correlação estatisticamente significativos.

Síntese dos resultados

A correlação entre as dimensões do comprometimento e as variáveis demográficas apresenta duas correlações estatisticamente significativas, na amostra de sujeitos sem doença crónica:

- O comprometimento calculativo e a idade correlacionam-se de forma moderada, positiva e significativa;
- O comprometimento normativo e a idade correlacionam-se de forma fraca, positiva e significativa.

Questão 5.1) Serão as variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e número de faltas ao trabalho) preditivas da variância das dimensões do comprometimento organizacional no grupo de sujeitos sem doença crónica?

Tal como aconteceu com a amostra de doentes crónicos, após o cálculo das correlações entre as dimensões do comprometimento organizacional e as variáveis sociodemográficas e laborais (ver tabela 20), considerou-se pertinente realizar uma regressão linear, onde se estipularam como variável dependente/critério, no modelo 2 o comprometimento calculativo e como variável preditora a idade e no modelo 3, como variável dependente/critério o comprometimento normativo e como variável preditora a idade.

Modelo 2 - Comprometimento calculativo e idade

Tabela 21: Coeficientes de regressão e estatísticas do Modelo 2

	B	EP	t	p
(Constante)	17.316	4.486	6.966	.000
Idade	4.996	1.459	3.425	.001
Estatísticas do modelo				
R ²	.207			
F(gl); p-valor	F(1)= 11.733 ; p=<0.05			

Segundo a tabela 21, o modelo 2 apresenta um $R^2=.207$ ($F(1)=11.733$; $p<0.05$), ou seja, 20,7% da variabilidade total do comprometimento calculativo é explicada pela variável idade ($B= 4.996$, $p=0.001$). A análise da variância possibilita a conclusão de que a variável independente do modelo exerce um efeito significativo sobre a variável dependente.

Síntese dos resultados

Quanto ao comprometimento calculativo e à idade, conclui-se que:

- A idade prediz de forma positiva o comprometimento calculativo.

Modelo 3- Comprometimento normativo e idade

Tabela 22: Coeficientes de regressão e estatísticas do Modelo 3

	B	EP	t	p
(Constante)	34.264	5.290	6.477	.000
Idade	5.484	3.104	1.767	.085
Estatísticas do modelo				
R ²	.049			
F(gl); p-valor	F(1)= 3.122 ; p=.085			

De acordo com a tabela 22, pode afirmar-se que a variável idade não é preditora do comprometimento normativo ($B=5.484$, $p=.085$), pois verificou-se um p-valor acima de 0.05.

Síntese dos resultados

Em relação ao comprometimento normativo e à idade, conclui-se que:

- A idade não prediz o comprometimento normativo.
-

Capítulo IV - Discussão

No presente capítulo apresenta-se a discussão e a conclusão dos resultados obtidos no capítulo anterior, tendo em conta os objetivos e questões de investigação previamente formulados e a literatura presente no primeiro capítulo.

Este trabalho focou-se no objetivo principal de, numa primeira fase, analisar os níveis de qualidade de vida relacionada com a saúde dos sujeitos com doença crónica reumática e, posteriormente, fazer uma comparação quanto aos níveis de comprometimento organizacional entre os sujeitos com e sem doença crónica. Para além do objetivo principal, o presente estudo procurou identificar correlações entre a qualidade de vida relacionada com a saúde e variáveis sociodemográficas, laborais e clínicas nos sujeitos com doença crónica, correlações entre o comprometimento organizacional e variáveis sociodemográficas, laborais e clínicas nos sujeitos com doença crónica e, por fim, correlações entre o comprometimento organizacional e variáveis sociodemográficas e laborais nos sujeitos sem doença crónica. A preferência por uma amostra com doentes crónicos prendeu-se pelo facto de a literatura apontar para um reduzido número de investigações científicas no âmbito das doenças crónicas reumáticas e do comprometimento organizacional. O facto de as doenças crónicas reumáticas serem altamente incapacitantes, levou o presente estudo a observar se os sujeitos com doença possuíam algum tipo de limitações, avaliando a qualidade de vida relacionada com a saúde destes sujeitos. Para além dos dois constructos já mencionados, foram introduzidas variáveis sociodemográficas - a idade, variáveis laborais - a antiguidade na empresa, as horas de trabalho e as faltas ao trabalho e variáveis clínicas - o tempo de diagnóstico da doença, com o objetivo de observar correlações ou identificar as mesmas variáveis como preditoras da qualidade de vida e do comprometimento organizacional.

A qualidade de vida relacionada com a saúde é um construto que se define pela perceção do bem-estar físico, mental e social dos sujeitos, tratando-se de um conceito multidimensional (Santos, Crespo, Canavarro & Pinto, 2014). O instrumento selecionado para medir esta variável foi o MOS SF-36, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Ferreira (2000), e que é composto por oito domínios - função física, desempenho físico, desempenho emocional, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social e saúde mental, e por duas componentes - a componente física e a componente mental.

Para atender ao primeiro objetivo específico deste estudo (“caracterizar a amostra de doentes crónicos em termos da qualidade de vida relacionada com a saúde”), recorreu-se às médias dos oito domínios de modo a apurar as suas pontuações. A maioria das pontuações dos domínios revelaram-se altas, à exceção da saúde geral, que pontuou abaixo de 50. Em suma, os sujeitos com doença crónica não possuem limitações para atividades físicas, não têm problemas na realização de tarefas como consequência da saúde física ou emocional, não possuem dor nem limitações inerentes à mesma, sentem-se animados mas por vezes cansados, concretizam as suas atividades sociais livre de problemas físicos ou emocionais e

encontram-se em paz, felizes e calmos, no entanto avaliam a sua saúde como má, acreditando que a mesma vai piorar. Esta percepção de saúde vai ao encontro dos estudos de Nunes (2011) que afirma que os sujeitos com doença crónica reumática têm tendência para percecionarem a sua saúde como fraca e com tendência para piorar.

Em primeiro lugar, o presente estudo pretendeu verificar se existiam diferenças significativas entre os níveis de comprometimento organizacional dos sujeitos com e sem doença crónica (Questão 1: Haverá diferenças entre os sujeitos com e sem doença crónica em relação ao comprometimento organizacional?). De modo a responder ao objetivo, procedeu-se à comparação dos grupos a partir de um *t-test*. Foram apenas encontradas diferenças significativas em relação ao comprometimento normativo entre os dois grupos de sujeitos, sendo que no resto das dimensões e no total do comprometimento organizacional não se verificaram diferenças significativas entre sujeitos com e sem doença crónica reumática. Este resultado pode ser explicado pelo facto de os sujeitos com doença crónica, apesar de percecionarem a sua saúde como má, não possuírem limitações físicas nem psicológicas, sendo que a doença pode não estar a exercer um impacto suficientemente elevado para se revelarem diferenças nos níveis de comprometimento.

De seguida, procurou-se analisar as associações existentes entre os domínios percebidos da qualidade de vida relacionada com a saúde e as variáveis sociodemográficas, laborais e clínicas dos doentes crónicos (Questão 2: “Haverá relação entre a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde e variáveis sociodemográficas (idade), laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e número de faltas ao trabalho) e clínicas (tempo de diagnóstico) nos sujeitos com doença crónica reumática?”). Para responder a esta questão utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman, de modo a associar os oito domínios da qualidade de vida relacionada com a saúde e variáveis sociodemográficas, laborais e clínicas. Foram encontradas correlações significativas entre as faltas ao trabalho e cinco domínios da qualidade de vida (função física, desempenho físico, desempenho emocional, dor corporal e função social) e o desempenho físico e a antiguidade na empresa. Ao contrário dos estudos de La Gamba (2011) e de Monteiro (2011), que afirmam que quanto maior for a idade menor a pontuação da função física, no presente estudo estes não se mostraram significativamente correlacionados. Amorim (2009), no seu trabalho com doentes crónicos, verificou a existência de correlações negativas entre o tempo de diagnóstico da doença e os itens de função física, saúde geral e vitalidade.

Procurou-se ainda estudar as associações existentes entre os domínios percebidos da qualidade de vida relacionada com a saúde e o comprometimento organizacional do grupo de sujeitos com doença crónica (Questão 3: “Haverá relação entre a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde e comprometimento organizacional?”). Calcularam-se novamente coeficientes de correlação de Spearman para associar os oito domínios da qualidade de vida relacionada com a saúde e as três dimensões do comprometimento organizacional. Constatou-se que apenas se encontraram duas correlações positivas e

significativas: 1) desempenho físico e comprometimento afetivo e 2) desempenho físico e comprometimento calculativo.

Passando para o âmbito do comprometimento organizacional, este é, segundo Allen & Meyer (1991), uma ligação psicológica caracterizadora do vínculo indivíduo-organização, sendo responsável pela sua permanência na mesma. São também estes autores os responsáveis pela escala de comprometimento organizacional mais usada para avaliar este construto, escala que serviu de base para Bruno (2007) adaptar e traduzir para a população portuguesa a escala usada no presente trabalho.

À semelhança do sucedido com a qualidade de vida, pretendeu-se analisar as associações existentes entre o comprometimento organizacional e variáveis sociodemográficas, de trabalho e clínicas da amostra de doentes crónicos (“Questão 4: Haverá relação entre o comprometimento organizacional e variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e número de faltas ao trabalho) nos doentes crónicos?”). Foi usado o coeficiente de correlação de Spearman para associar as três dimensões do comprometimento organizacional com as variáveis sociodemográficas e laborais estudadas. Foram encontradas apenas duas correlações positivas e significativas: (1) entre o comprometimento afetivo e a idade, e (2) comprometimento afetivo e antiguidade na empresa. Estes resultados vão ao encontro de resultados obtidos por Allen e Meyer (1993) e Ribeiro (2008) que sustentam a existência de uma correlação positiva entre a idade, por um lado, e a antiguidade na empresa, por outros, e comprometimento afetivo. Leal (2013) acrescenta ainda que a relação entre a antiguidade na empresa e o comprometimento afetivo é fácil de compreender, pois este último tem como objetivo levar os sujeitos a identificarem-se com a organização, a sentirem-se ligados afetivamente a esta e, quanto mais tempo estiverem numa organização, mais dispostos estão para se envolverem com a mesma.

O objetivo seguinte passou por verificar se as variáveis demográficas e de trabalho, consideradas no presente estudo, predizem o comprometimento organizacional da amostra de sujeitos com doença crónica reumática (Questão 4.1: Serão as variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e número de faltas ao trabalho) preditivas da variância das dimensões do comprometimento organizacional no grupo de doentes crónicos?). Recorreu-se a um modelo de regressão linear múltipla, onde se definiram como variáveis dependentes (ou critério), o comprometimento afetivo e, como variáveis independentes (ou preditoras), a idade e a antiguidade na empresa. Os resultados desta análise permitiram afirmar que a idade e a antiguidade na organização não são preditoras do comprometimento afetivo. Este resultado vai contra o que é sugerido por Nascimento, Lopes e Salgueiro (2008), que afirmam que se espera que quanto maior for o tempo de permanência na empresa, maior será o sentimento de pertença, ou seja, maior o comprometimento afetivo.

Posteriormente, traçaram-se os mesmos objetivos, em relação ao comprometimento organizacional, para a amostra de sujeitos sem doença crónica. A primeira parte consistiu em avaliar as associações existentes entre o comprometimento organizacional e variáveis

sociodemográficas e laborais da amostra de sujeitos sem doença crónica (Questão 5: Haverá relação entre o comprometimento organizacional e variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e número de faltas ao trabalho) no grupo de sujeitos sem doença crónica?). Foi novamente usado o coeficiente de correlação de Spearman para verificar as possíveis correlações entre os três componentes do comprometimento e as quatro variáveis sociodemográficas e laborais. Encontraram-se duas correlações positivas e significativas: (1) entre a idade e o comprometimento calculativo e a (2) entre a idade e o comprometimento normativo. Estudos de Marques (2014) corroboram os resultados encontrados no presente estudo, em relação à correlação entre a idade e o comprometimento calculativo, afirmando que as correlações com esta componente do comprometimento tendem a ser mais fortes à medida que a idade aumenta, levando os sujeitos a equacionar os possíveis custos relacionados com a sua saída da organização. Por outro lado, em relação à correlação da idade e do comprometimento normativo, Pantaleão (2011) concluiu que esta acontecia pois os sujeitos à medida que a sua idade aumenta, as suas experiências e vivências tendem a aumentar, o que faz com que se vinculem à organização com base no dever e obrigação moral de cumprir o acordo de trabalho.

Após a verificação das relações existentes entre o comprometimento organizacional e as variáveis sociodemográficas e laborais, procedeu-se ao teste das variáveis demográficas e laborais de modo a saber se estas predizem o comprometimento organizacional da amostra de sujeitos sem doença crónica (Questão 5.1: Serão as variáveis sociodemográficas (idade) e laborais (antiguidade na empresa, horas de trabalho e número de faltas ao trabalho) preditivas do comprometimento organizacional no grupo de sujeitos sem doença crónica?). Em relação a esta questão, pode afirmar-se que a idade prediz de forma positiva o comprometimento calculativo. Por outro lado, em relação ao comprometimento normativo concluiu-se que a idade não é sua preditora. Este resultado vai contra os estudos de Mathieu e Zajac (1990), Fink (1992) e Bastos (1994), que afirmam que a idade prediz o comprometimento normativo, na medida em que conforme a idade dos sujeitos aumenta, a adesão a normas e procedimentos laborais é maior devido ao dever e obrigação moral em relação à organização (comprometimento normativo).

Capítulo V - Contributos, Limitações e sugestões para futuras investigações

O presente trabalho procurou estudar a relação entre as variáveis seguintes, estudadas num contexto organizacional: qualidade de vida relacionada com a saúde e comprometimento organizacional. A amostra é composta por sujeitos com e sem doença crónica.

Os resultados do estudo mostram que:

- A perceção da saúde dos doentes crónicos é má, embora não percecionem limitações físicas ou mentais na sua qualidade de vida;
- A variável “faltas ao trabalho” mostrou-se estar correlacionada com a maioria dos domínios da qualidade de vida relacionada com a saúde (excepto a saúde mental, a vitalidade e a saúde geral). A antiguidade na empresa também está correlacionada com o desempenho físico.
- Na correlação efetuada entre os domínios da qualidade de vida relacionada com a saúde e as dimensões do comprometimento, apenas se verificaram correlações significativas entre o desempenho físico e duas dimensões do comprometimento (a dimensão afetiva e a dimensão calculativa).
- No grupo de doentes crónicos, o comprometimento afetivo mostrou-se relacionado com a idade e a antiguidade na empresa. Porém, estas variáveis contínuas não são preditoras desta dimensão do comprometimento.
- No grupo de sujeitos sem doença crónica, a maioria das dimensões (à excepção da dimensão afetiva) mostraram-se relacionados com a idade. Apenas no comprometimento calculativo, a idade se revelou preditora, predizendo 20,7% da variância desta dimensão.
- Não foram encontradas diferenças significativas na maioria das dimensões do comprometimento e no seu total, entre sujeitos com doença e sujeitos sem doença, à excepção do comprometimento normativo que se revelou significativamente diferente entre amostras.

1. Conclusões finais, limitações e sugestões futuras

A presente investigação pretendeu ser uma mais-valia na abordagem das temáticas do estudo. Procura-se ultrapassar a lacuna existente no âmbito do comprometimento organizacional relacionado com a doença crónica reumática. Além disso, relacionaram-se várias variáveis com o intuito de verificar associações entre elas e, em que medida, uma variável prevê a variabilidade de outra. Os resultados obtidos, de uma forma geral, permitem avaliar as relações existentes entre variáveis sociodemográficas e laborais, por um lado com a qualidade de vida relacionada com a saúde e, por outro, com o comprometimento organizacional, e como estas podem ser predictoras destas dimensões. Apesar de não se ter verificado diferenças significativas entre a maioria das dimensões do comprometimento nas duas amostras, o comprometimento normativo entre sujeitos com e sem doença revelou-se significativamente diferente, ou seja o grau em que o sujeito possui um sentido de obrigação (ou dever moral) de permanecer na organização é diferente nas duas amostras.

Em relação às limitações do estudo, a primeira limitação do estudo foi a dificuldade de recolha de questionários no seio dos doentes crónicos reumáticos. Apesar da ajuda e disponibilidade dos serviços de Reumatologia dos centros hospitalares que colaboraram com este estudo, os sujeitos com doença crónica mostravam-se reticentes em responder e, por vezes, demonstravam cansaço físico e psicológico, uma das consequências da doença reumática. Foi devido a esta limitação que a amostra clínica apenas contou com 27 participantes. Para além das dificuldades na recolha da amostra, o facto de este estudo definir como critério de inclusão apenas sujeitos com trabalho, revelou-se como uma segunda limitação. As doenças crónicas reumáticas caracterizam-se por serem doenças altamente incapacitantes, muitas das vezes os doentes são obrigados a abandonar os seus trabalhos devido às limitações impostas pela doença. Uma terceira limitação prende-se com o facto de existir um número significativamente reduzido de estudos sobre comprometimento organizacional e doença crónica.

Por fim, em relação a sugestões para futuras investigações, o facto de existirem poucos estudos sobre a influência da doença crónica no comprometimento organizacional assume a importância de mais investigação sobre estas temáticas, com o envolvimento de novos conceitos. Sendo a doença crónica um conceito ligado à saúde ocupacional, ainda que de forma indireta, o ambiente de trabalho saudável é um exemplo de um conceito que poderia ser incluído no estudo das doenças crónicas, da qualidade de vida e do comprometimento. Segundo a Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho (2013), um ambiente de trabalho saudável “é aquele em que os colaboradores e seus superiores colaboram para usar um processo de melhoria contínua de modo a proteger e promover a saúde, segurança e o bem-estar de todos os trabalhadores e a sustentabilidade do local de trabalho” (Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho, 2013). Sabe-se que um ambiente de trabalho saudável influencia o comprometimento, pois ao proporcionar condições favoráveis de trabalho, os sujeitos sentem-se mais confortáveis e com melhores

condições de trabalho, aumentando os níveis de comprometimento (Parvar, Allameh e Ansari, 2013).

Referências Bibliográficas

- Afsar, S. (2014). Impact of quality of work-life on organizational commitment: a comparative study on academicians working for State and Foundation Universities in Turkey. *International Journal of Social Sciences*, 3 (4), 124-152.
- Albert, U., Koller, M., Lorenz, W., Kopp, I., Heitmann, C., Stinner, B., Rothmund, M. & Schulz, K. (2002). Quality of life profile: from measurement to clinical application. *The Breast*, 11, 324-334.
- Allen, N. J. & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedentes of affective, continuance and normative Commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18.
- Allen, N. J. & Meyer, J. P. (1996). Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: Na Examination of Construct Validity. *Journal of Vocational Behavior*, 49 (43), 252-276.
- Almeida, S. (2009). O Comprometimento Organizacional e o Stress de Papel na Força de Vendas. [Dissertação de Mestrado], Universidade do Porto.
- Amaral, A. (2010). Empenhamento Organizacional e Empenhamento para a Mudança Organizacional - Estudo de caso na Câmara Municipal do Porto. [Dissertação de Mestrado], Universidade do Minho.
- Amorim, M. I. (1999). Qualidade de vida e *coping* na doença crónica: Um estudo em diabéticos não insulíndependentes. [Dissertação de Mestrado], Universidade do Porto.
- Amorim, M. I. (2009). Para lá dos números: aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes mellitus tipo 2. [Tese de Doutoramento], Universidade do Porto.
- Araújo, A. & Traverso-Yépez, M. (2007). Expressões e sentidos do lúpus erimatoso sistémico (LES). *Estudos de Psicologia*, 12 (2), 119-127.
- Ascensão, C. (2009). Práticas de Gestão de Carreira, Acolhimento e Integração e Empenhamento Organizacional: Estudo de caso no sector do pós-venda automóvel. [Dissertação de Mestrado], Universidade de Lisboa.
- Ashing-Giwa, K. (2005). The contextual model of HRQoL: a paradigm for expanding the HRQoL framework. *Quality of Life Research*, 14, 297-307.

- Baptista, M. G. (2011). Aceitação da doença crónica: Um estudo no adulto em tratamento de hemodiálise. [Dissertação de Doutoramento], Universidade do Porto.
- Barros, B., Souza, C. & Kirsztajn, G. (2004). Qualidade de vida de pacientes portadores de glomerulopatias. In Pais-Ribeiro, J. & Leal, I. (Editores). 5º Congresso Nacional Psicologia da Saúde - A Psicologia da saúde num mundo em mudança. ISPA Edições. Lisboa.
- Barros, L. (2003). Psicologia Pediátrica: perspetiva desenvolvimentista. (2ª Ed.). Manuais Universitários, 13, Climepsi Editores, Lisboa.
- Bastos, A. V. B. (1993). Comprometimento Organizacional: Um balanço dos resultados e desafios que cercam essa tradição de pesquisa. *Revista de Administração de Empresas*, 33 (3), 52-64.
- Becker, H. S. (1960). Notes of Concept of Commitment. *American Journal of Sociology*, 66 (1), 32-40.
- Berber, J. S., Kupek, E. & Berber, S. (2005). Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45 (2), 47-54.
- Brandão, L., Ferraz, B. & Zerbini, C. (1997). Avaliação da qualidade de vida na artrite reumatoide: uma revisão atualizada. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 37 (5), 275-281.
- Brito, A., Figueirinhas, J., Ramos, M., Soares, A., Neves, L., Lobo, J. & Faro, L. (1994). Síndrome de Sjogren. *Acta Médica Portuguesa*, 7, 565-576.
- Brown, J., Bowling, A. & Flynn, T. (2004). Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of the literature. *European Forum on Population Ageing Research*.
- Bruno, A. (2007) Empenhamento Organizacional e Liderança: Estudo exploratório numa amostra de trabalhadores do sector da distribuição. [Dissertação de Mestrado], Universidade de Lisboa.
- Buck, P., Breedveld, J., Giesen, J. & Vlieland, T. (2004). A multidisciplinary job retention vocational rehabilitation programme for patients with chronic rheumatic diseases: patients and occupational physicians satisfaction. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 63, 562-568.

- Cardoso, C., Capela, J. & Pires, E. (2010). Papel atual da reabilitação na espondilite anquilosante. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 19 (2), 45-51.
- Carnide, F., Lourenço, S. & Cunha-Miranda, L. Doenças reumáticas em contexto ocupacional: fatores de risco. *Observatório Nacional de Doenças Reumáticas*.
- Carr, A. & Higginson, I. (2001). Are quality of life measures patient centred? *British Medical Journal*, 322, 1357-1360.
- Cella, D. & Tulsky, D. (1990). Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology (Huntingt)*, 4 (5), 29-38.
- Center for Managing Chronic Disease (CMCD). (2015). American adults more likely than europeans to be diagnosed with, treated for chronic diseases. Acedida a 10 Julho 2015 em <http://www.medicalnewstoday.com/releases/83960.php>
- Chen, H., Kasen, S. & Cohen, P. (2009). Life values and mental health: A longitudinal study comparing chronically ill women to women without chronic Disease. *Psychology & Health*, 24 (4), 395-405.
- Cohen, A. (2007). Commitment before and after: Na evaluation and reconceptualization of Organizational Commitment. *Human Resource Management Review*, 17, 336-354.
- Costa, R. & Monteagudo, M. (2008). Espondilite Anquilosante: o exercício físico como reabilitação e promotor da qualidade de vida. *Revista de Desporto e Saúde*, 4 (2), 11-20.
- Cramer, J. & Spilker, B. (1998). *Quality of life and pharmacoeconomics: an introduction*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Cunha-Miranda, L. & Cristóvam, T. (2009). Doenças reumáticas e trabalho: a atividade do doente versus a atividade da doença. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 34, 465-474.
- Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A. & Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40, 201-219.
- Direção Geral de Saúde. (2004). Programa nacional contra as doenças reumáticas. Retirado do *website* da DGS: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>
- Domingues, A. (2010). *Comprometimento Organizacional e Intenções de Abandono dos Agentes em Geriatria*. [Dissertação de Mestrado], Universidade do Porto.

- Dourado, V., Antunes, L. C., Carvalho, L. & Godoy, I. (2004). Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 30 (2), 207-214.
- Duarte, C., Teotónio, R., Abreu, P., Dias, P. & Matias, F. (2010). Síndrome de Sjögren ou Esclerose Múltipla? Um dilema na prática clínica. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 35, 60-64.
- Dutch National Institute for Public Health and the Environment.(2012). Retirado do website EuroHealthNet:http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/RIVM_report_retirement_en.pdf
- Esteve, M. & Roca, J. (1997). Calidad de vida relacionada com la salud: un nuevo parâmetro a tener en cuenta. *Medicina Clinica*, 108, 458-459.
- Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal (EpiReumaPt). Reuma-Census 2011-2013.
- Faustino, A. (2002). Epidemiologia e importância económica e social das doenças reumáticas - Estudos Nacionais. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 27, 21-36.
- Ferreira, S. (2008). Acolhimento, integração e empenhamento organizacional: Estudo de caso no sector das telecomunicações. [Dissertação de Mestrado], Universidade de Lisboa.
- Ferreira, J. (2010). Doença crónica - História de vida segundo um novo itinerário. [Dissertação de Mestrado], Universidade do Porto.
- Figueira, D. (2013). *Relação entre o Comprometimento Organizacional e o Comprometimento Profissional: um Estudo Exploratório Realizado com Docentes do Ensino Superior Público*. [Dissertação de Mestrado], Universidade de Lisboa.
- Fitzpatrick, R. (1996). Alternative approaches to the assessment of health-related quality of life In Offer, A. (Editor). Oxford University Press: New York, 140-162.
- Freitas, A. & Souza, R. (2009). Um modelo para avaliação da qualidade de vida no trabalho em universidades públicas. *Revista Eletrónica Sistemas & Gestão*, 4 (2), 136-154.
- Freitas, M. (2010). *Os níveis de comprometimento em contexto organizacional: Estudo de uma empresa portuguesa*. [Dissertação de Mestrado], Universidade Fernando Pessoa.
- Gaspar, T., Matos, M., Pais Ribeiro, J. & Gonçalves, A. (2008). Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento. In Matos, M. (Ed.) *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. (4ª ed.). FMH Edições.

- Goeldner, I., Skare, T., Reason, I. & Utiyama, S. (2011). Artrite reumatoide: uma visão atual. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 47 (5), 495-503.
- Gupta, B. (2014). A study of impact of quality of work life on Organizational Commitment in manufacturing sector. *Pacific Business Review International*, 7 (3), 27-32.
- Hui, L. (2015). Aging and chronic disease as independent causative factors for death and a programmed onset for chronic Disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60, 178-182.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). Proporção da população residente (%) por Local de residência, Sexo, Grupo etário e Tipo de doença crónica; Não periódica [em linha]. *Portal do Instituto Nacional de Estatística*. Acedido a 28 Junho 2015 em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001708&contexto=bd&selTab=tab2
- Jardim, R. (2010). Empenhamento Organizacional Afetivo e Saliência das Atividades: Diferenças entre sexos. Universidade de Lisboa.
- Kanecki, K., Tyszko, P., Wislowska, M. & Lyszczowska-Piotrowska, J. (2013). Preliminary report on a study of Health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology International*, 33 (2), 429-434.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1990). *Compêndio de Psiquiatria (2ª ed.)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klooster, P., Vonkeman, H., Taall, E., Siemons, L., Hendriks, L., Jong, A., Dutmer, E., Riel, P. & Van de Laar, M. (2013). Performance of the Dutch SF-36 version 2 as a measure of health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11-77.
- La Gamba, J. G. (2011). Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos em pacientes transplantados renais. [Dissertação de Mestrado], Escola de enfermagem de Ribeirão Preto.
- Laas, K. (2009). Health-related quality of life, costs and treatment of inflammatory rheumatic diseases in routine practice: with special emphasis on biological drugs. [Tese de Doutorado]. Helsinki University Central Hospital.
- Laas, K., Roine, R., Rasanen, P., Sintonen, H. & Leirisalo-Repo, M. (2009). Health-related quality of life in patients with common rheumatic diseases referred to a university clinic. *Rheumatology International*, 29, 267-273.

- Leal, J. S. (2013). As práticas de gestão de carreiras e o comprometimento organizacional: um estudo com trabalhadores residentes em Portugal. [Dissertação de Mestrado], Instituto Superior de Gestão.
- Leite, C. (2004). O Comprometimento Organizacional na Gestão Pública: Um estudo de caso em uma Universidade Estadual. [Dissertação de Mestrado], Universidade Federal da Bahia.
- Lestre, S., Trindade, F., Martins, A., Baptista, J., Feio, A. B. & Lopes, M. J. P. (2009). Doença de Behçet - Infiximab no tratamento das manifestações mucocutâneas. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 34, 633-640.
- Lucas, R. & Monjardino, M. (2010). O estado da Reumatologia em Portugal. Observatório Nacional de Doenças Reumáticas - Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas.
- Madlock, P & Horan, S. (2009). Predicted Outcome Value of Organizational Commitment. *Communication Research Reports*, 26 (1), 40-49.
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística : com utilização do SPSS (3rd ed.)*. Lisboa: Sílabo.
- Marques, A. C. (2014). O comprometimento organizacional dos trabalhadores temporários. [Dissertação de Mestrado], Instituto Politécnico de Setúbal.
- Martins, L. M., França, A. P. D. & Kimura, M. (1996). Qualidade de vida de pessoas com doença crónica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4 (3), 5-18.
- Medeiros, C. & Enders, W. (1998). Validação do modelo de conceitualização de três componentes do comprometimento organizacional (Meyer & Allen, 1991). *Revista de Administração Contemporânea*, 2 (3), 67-87.
- Meyer, J. P. & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of Organizational Commitment. *Human Resource Management Review*. 1 (1), 61-89.
- Meyer, J. P. & Herscovitch, L. (2001). Commitment in the workplace: Toward a general model. *Human Resource Management Review*, 11, 299-326.
- Meyer, J. P., Stanley, L. & Parfyonova, N. (2012). Employee Commitment in contexto: The nature and implication of Commitment profiles. *Journal of Vocational Behavior*, 80, 1-16.
- Michelson, H., Bolund, C. & Brandberg, Y. (2001). Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Quality of Life Research*, 9,1093-1104.

- Monteiro, R. F. (2011). Bem-estar no trabalho e percepção de saúde: estudo realizado com auxiliares de geriatria no norte de Portugal. [Dissertação de Mestrado], Universidade Fernando Pessoa.
- Mowday, R. T., Steers, R. & Porter, L. W. (1979). The Measurement of Organizational Commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-247.
- Mutawa, S. & Hegab, S. (2004). Behcet's Disease. *Clinical and Experimental Medicine*, 4 (3), 103-131.
- Nascimento, D. (2012). A influência do comprometimento organizacional na satisfação no trabalho em voluntariado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Nascimento, J., Lopes, A. & Salgueiro, M. (2008). Estudo sobre a validação do "Modelo de comportamento organizacional" de Meyer e Allen para o contexto português. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 14 (1), 115-133.
- Nunes, A. (2011). Percepção do estado de saúde e das funções manifestas e latentes do trabalho no paciente com artrite reumatoide. [Dissertação de Mestrado], Universidade do Porto.
- O'Reilly, C. & Chatman, J. (1986). Organizational Commitment and Psychological Attachment: The effects of compliance, identification and internalization on prosocial behavior. *Journal of Applied Psychology*, 71 (3), 492-499.
- Oliveira, S., Horta, A., Serra, M. & Castro, A. (2001). Doença de Behçet - experiência de um Serviço de Medicina Interna. *Medicina Interna*, 8 (3), 123-126.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2003). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.
- Pantaleão, B. V. (2011). O contrato psicológico e o comprometimento organizacional de servidores públicos de agências reguladoras brasileiras. [Dissertação de Mestrado], Escola brasileira de administração pública e de empresas.
- Parvar, M., Allameh, S. & Ansari, R. (2013). Effect of quality of work life on Organizational Commitment by SEM (Case study: OICO Company). *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 3 (10), 135-144.
- Patrick, D., Guyatt, G. & Acquadro, C. (2008). Patient-reported outcomes In Higgins, J. & Green, S. (Ed.) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2000). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. (2ª edição revista e aumentada). Edições Sílabo, Lisboa.

- Rego, A. & Cunha, M. (2007). Espiritualidade nas organizações e comprometimento organizacional. *Revista de Administração de Empresas*, 6 (2).
- Rego, A. & Souto, S. (2004). A percepção de justiça como antecedente do comprometimento organizacional: um estudo luso-brasileiro. *Revista de Administração Contemporânea*, 8 (1), 151-177.
- Rego, A. (2003). Comprometimento organizacional e ausência psicológica - afinal, quantas dimensões? *Revista de Administração de Empresas*, 43 (4), 25-35.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia da Saúde*. Ed: ISPA, Lisboa.
- Ribeiro, J. A. (2008). Comprometimento organizacional e percepção de justiça: Um estudo sobre a concessão de remuneração e benefícios diferenciados a dois grupos de uma mesma empresa. [Dissertação de Mestrado], Universidade Federal da Bahia.
- Ribeiro, N. & Rego, A. (2010). Virtuosidade nas organizações e empenhamento organizacional: Um estudo empírico. In E. Vaz & V.Meirinhos (Coord.), *Recursos Humanos: das teorias às boas práticas* (pp. 285-303). Porto: Ed. Novembro.
- Rijken, M., Spreenwenberg, P., Schippers, J. & Groenewegen, P. (2013). The importance of illness duration, age at diagnosis and the year of diagnosis for labour participation changes of people with chronic illness: results of a nationwide panel-study in the Netherlands. *Bio Med Central Public Health*, 13, 1-13.
- Sampaio-Barros, P. et al. (2007). Consenso brasileiro de espondiloartropatias: espondilite anquilosante e artrite psoriásica - diagnóstico e tratamento (Primeira Revisão). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 47 (4), 233-242.
- Santos, C. & Pais-Ribeiro, J. (2001). A qualidade de vida do doente oncológico - revisão da bibliografia. *Referência: revista de educação e formação em enfermagem*, 7, 5-16.
- Santos, M. et al. (2007). Caracterização de uma população portuguesa com lúpus erimatoso sistémico. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 32, 153-161.
- Santos, O. (2002). Qualidade de vida relacionada com saúde: com e sem exercício físico regular. [Tese de Mestrado], Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Santos, S., Crespo, C., Canavarro, M. & Pinto, A. (2014). Intensity of Treatment and Health-Related Quality of Life in Pediatric Cancer. *Psychology, Community & Health*, 3 (3), 158-171.
- Sato, E. (2008). Lúpus Erimatoso Sistémico. Capítulo 29. In Voltarelli 29.

- Secchi, G. & Strepparava, G. (2001). The quality of life in cancer patients: a cognitive approach. *European Journal of Internal Medicine*, 12 (1), 35-42.
- Sena, M., Junior, L. & Ferreira, M. (2006). Condição oral dos pacientes com síndrome de sjogren: uma revisão sistemática. *Revista Odonto Ciência*, 20 (49), 210-216.
- Servelhere, K., Fernandes, Y., Ramina, R & Borges, G. (2011). Aplicação da escala SF-36 em pacientes operados de tumores da base do crânio. *Arquivo Brasileiro Neurocirúrgico*, 30 (2), 69-75.
- Silva, A. (2011). Qualidade de vida e estratégias de coping em doentes oncológicos e qualidade de vida em cuidadores informais: um estudo exploratório. [Dissertação de Mestrado], Universidade de Lisboa.
- Silva, C., Canhão, H., Barcelos, A., Miranda, L., Pinto, P. & Santos, M. (2008). Protocolo de avaliação e monitorização do lúpus erimatoso sistémico (PAMLES). *Acta Reumatológica Portuguesa*, 33, 210-218.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2004). Qualidade de vida e variáveis psicológicas em indivíduos com diabetes. In Pais-Ribeiro, J. & Leal, I. (Editores). 5º Congresso Nacional Psicologia da Saúde - A Psicologia da saúde num mundo em mudança. ISPA Edições. Lisboa.
- Silva, S. (2013). Doença de Behçet. [Dissertação de Mestrado], Universidade do Porto.
- Simões D., Monjardino T., Lucas R. & Barros H. Panorama da Doença Reumática em Portugal: 4.º Inquérito Nacional de Saúde. Observatório Nacional das Doenças Reumáticas.
- Siu, O. (2003). Job stress and job performance among employees in Hong Kong: The role of chinese work values and organizational Commitment. *International Journal of Psychology*, 38 (6), 337-347.
- Sociedade Portuguesa de Reumatologia. (2015). Manual informativo para o doente com espondilite anquilosante. Retirado do *website* da Sociedade Portuguesa de Reumatologia: http://www.spreumatologia.pt/upload/Manual_DT_EA_01.pdf
- Sociedade Portuguesa de Reumatologia. (2015). Manual informativo para o doente com síndrome de sjögren. Retirado do *website* da Sociedade Portuguesa de Reumatologia: <http://www.spreumatologia.pt/doencas/sindrome-de-sjoegren/manual-informativo/235>

- Stuckler, D. (2008). Population causes and consequences of leading chronic diseases: a comparative analysis of prevailing explanations. *The Milbank Quarterly*, 86 (2), 273-326.
- Subtil, M. A. P. (201). *Qualidade de Vida no Trabalho: relações entre dimensões da Qualidade de Vida no Trabalho e o Empenhamento Organizacional Afetivo. Estudo exploratório numa amostra portuguesa. [Dissertação de Mestrado]*, Universidade de Lisboa.
- Tander, B., Cengiz, K., Alayli, G., Ālhanli, Ā., Canbaz, S. & Canturk, F. (2008). A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with Wbromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatology International*, 28, 859-865.
- Tchekmedyan, N., Hickman, M., Siau, J., Greco, A. & Aisner, J. Treatment of cancer anorexia with megestrol acetate: impact on quality of life. *Oncology (Huntingt)*, 4 (5) 185-192.
- Teixeira, J. (2013). *Burnout e qualidade de vida de profissionais de saúde em contexto hospitalar de cuidados paliativos oncológicos. [Dissertação de Mestrado]*, Universidade do Porto.
- Úrzua, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista de Medicina do Chile*, 138, 358-365.
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J. Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. Cardoso, H., Silva, A. & Mendonça, D. (2014). Psychosocial factors as predictors of quality of life in chronic portuguese patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12 (3).
- Ware, J., Kosinski, M. & Gandek, B. (2005). *SF-36 Health Survey: manual & interpretation guide*. Lincoln, RI: Quality Metric, 10, 1-38.

