

# **Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal**

**Didier Armando Martinez da Costa**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Medicina**

(Mestrado integrado)

Orientadora: Prof. Doutora Anabela Almeida

Co-orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo Branco

Co-orientadora: Prof. Doutora Célia Maria Pinto Nunes

**abril de 2022**



### **Declaração de Integridade**

Eu, Didier Armando Martinez da Costa, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 37229 do curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente  
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)



## Dedicatória

Torna-se fácil o complicado, sem ser assim, não seria o que somos. Graças ao conseguido,  
é para ti a glória do tempo e prémio da coragem.  
Obrigado por esta oportunidade, a ti, Liliana.



## Agradecimentos

À Professora Doutora Anabela Almeida, agradeço a sua disponibilidade, conselhos, indicações que foram extremamente importantes na realização deste projeto. A si deve-se o acreditar da realização do projeto, pois, quando tudo apontava para a não existência das condições ideais, tinha sempre uma solução ou ideia para que o projeto continuasse o seu trajeto, ultrapassando os obstáculos que surgiam. Obrigado pela sua orientação, pela sua resiliência e partilha de conhecimentos.

Ao Professor Doutor Miguel Castelo Branco, em primeiro lugar por ter aceite fazer parte deste projeto, em segundo por ter acreditado na sua realização e para isso ter contribuído no delineamento de estratégias de divulgação e na resolução de questões relativas a operacionalização do projeto. Obrigado pela sua disponibilidade, por ter acreditado e pelos conselhos.

À Professora Doutora Célia Nunes, agradeço o facto de se ter demonstrado sempre disponível para as dúvidas que surgiram e por ter aceite, mesmo numa fase posterior, participar neste projeto. Ainda assim, foi incedível no esforço e dedicação, no apoio à redação e elaboração dos conteúdos estatísticos deste projeto. Obrigado.

À Ordem dos Médicos, agradeço a sua participação na divulgação na sua página oficial, o que demonstrou dessa forma um grande apoio e viabilidade do projeto, pois, a sua contribuição tornou este projeto de cariz académico, em uma honra.

Ao Sindicato Independe dos Médicos, na pessoa do Dr. Jorge Roque Cunha, venho por este meio agradecer por ter manifestado apoio e esforço na divulgação deste projeto, pois, só assim, é que este mesmo se constituiu e se tornou possível a obtenção deste conteúdo científico. Obrigado.

À Sra. Enfermeira Maria José Carrega, um grande agradecimento fica sempre por dar à Albicastrense “erradicada” na Covilhã, que me demonstrou que passar pela Covilhã, tem os seus encantos e belezas. Fico com uma mala cheia para a vida!!

Aos meus Padrinhos, Joaquim Luís Silva Freitas e Rosa Manuela Silva Duarte, o meu sincero obrigado por nos terem acolhido numa das alturas mais difíceis da nossa vida e nos ter apoiado, mesmo quando era impossível e até incompreensível, só com o querer do

coração e na confiança de quem nos conhece. Nasce no meio das dificuldades algo que não se explica, vive-se e constrói-se.

Pour mon grand ami, Monsieur Jean Marc Gullo, merci pour votre amitié, compagnie, compréhension et pour avoir cru en moi et aussi dans cette chemin que j'ai choisi. Merci pour tout que vous avais fait. Vous est le plus fort!!

À Dra. Maria Emília Silveira, por ser o nosso farol quando as intempéries da vida se aproximavam e por ser um rochedo da nossa estabilidade e amparo, que o é. A si devem-se muitas coisas, como a simples vontade de viver, o amor, o alento e a capacidade de acreditar que é possível, o que até então não o era.

À Dona Angelina Manuela da Silva Pinto, pela abertura de portas e apoio incondicional que demonstra por este trajeto e que sabemos que onde esteja, o caminho será sempre por ela guiado e estaremos no seu coração e ela no nosso.

À minha esposa, Liliana Freitas, dou-te o mérito por ser a visionária e obreira deste projeto de vida que é o curso de Medicina e a conclusão da tese de mestrado em particular. A ti agradeço o tempo que me dedicaste, a companhia e o alento neste percurso que me escolheste e com isso em comunhão transformamos em realidade. A TI SEMPRE E PARA SEMPRE.

## Resumo

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) percebida pelo médico é um conceito que se manifesta pela reciprocidade na qualidade dos serviços prestados (1–4).

Conhecer a QVT percebida pelos médicos em Portugal e correlacionar esta com as variáveis sociodemográficas, especialidade/formação médica, laborais e a presença de infeção por SARS-COV2/isolamento profilático, representam objetivos do presente estudo.

O estudo é observacional e transversal, seguindo um modelo de análise descritivo-correlacional, com uma abordagem eminentemente quantitativa, que decorreu no período de Fevereiro de 2021 até Dezembro de 2021. Recorreu-se a um questionário on-line, exposto na página da Ordem Dos Médicos, divulgado com o apoio da Faculdade de Ciências da Saúde, Centro Académico Clínico das Beiras e pelo Sindicato Independente dos Médicos. O questionário é composto por duas partes, uma primeira formada pela escala “*Work-Related Quality of Life*”, que analisa 6 dimensões (bem-estar geral (BEG), relação casa- trabalho (RCT), controlo no trabalho (CNT), condições de trabalho (CDT), stress no trabalho (SNT) e satisfação profissional (SP) e a segunda composta pelas variáveis sociodemográficas, especialidade/formação médica, laborais e a infeção por SARS-COV2/isolamento profilático. De seguida, procedeu-se à análise descritiva e inferencial com recurso ao software SPSS27®.

A amostra consiste em 173 participantes, com uma média de idade 38,84 anos, 69% dos quais do género feminino, com a maioria localizada no Centro do país (41,62%), atuando preferencialmente ao nível do público (78,03%), com as categorias profissionais predominantes de Assistente de Medicina Geral e Familiar (31,79%) e Assistente Hospitalar (26,01%), sem cargo de chefia (86,13%) e sem terem infeção por SARS-COV2 (85,55%) ou sujeitos isolamento profilático (67,05%). A dimensão com menor classificação foi SNT com 1,89 pontos e no extremo oposto o BEG com 3,07 pontos. Apesar de não existir uma correlação significativa, verifica-se que o género masculino e a região Norte, apresentam médias amostrais mais elevadas em 4 das 6 dimensões analisadas. Foi verificada uma correlação significativa negativa fraca da idade com as dimensões SNT e RCT. A faculdade da Universidade da Beira Interior-Faculdade de Ciências da Saúde apresentou as médias amostrais mais elevadas em todas as dimensões e demonstrou uma relação significativa em termos de BEG, SNT e QVT em relação com a Universidade de Coimbra-Faculdade de Medicina. Na inferência estatística da especialidade sobre as 6 dimensões e a QVT, verificou-se que o grupo Formação Geral, apresentou valores significativamente mais elevados de RCT, SNT, CDT e QVT quando comparado com os grupos de Medicina Interna

e Medicina Geral e Familiar, apresentando estes dois últimos valores mais baixos em relação aos restantes grupos analisados. O grupo de Medicina Interna demonstrou em termos de média amostral, menor RCT, CDT e CNT e a Medicina Geral e Familiar por sua vez apresentou uma média amostral inferior em relação ao SNT, SP e QVT. Quanto à categoria médica, verifica-se que os cargos superiores (Graduado e Consultor) apresentam uma menor média amostral das 6 dimensões quando comparados com as suas correspondentes categorias inferiores. O grupo Internos de Ano Comum demonstrou diferenças significativas nas dimensões SNT, QVT, CDT e BEG ( $p < 0,1$ ) quando comparado com o Assistente de Medicina Geral e Familiar e das dimensões SNT e QVT quando comparado com o Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar e o Consultor.

Quanto aos participantes com cargo de chefia, estes apresentaram uma relação significativamente inferior nas dimensões SNT e CDT. Numa significância de 10%, demonstrou-se uma tendência para a existência de relação significativamente superior do BEG no contexto de atuação privado e menor no contexto público-privado. Não se encontrou nenhuma relação significativa dos participantes com infeção por SARS-COV2 ou de isolamento profilático com as 6 dimensões e a QVT, mas as médias amostrais são geralmente superiores nas 6 dimensões e na QVT, nos participantes que não foram sujeitos a infeção ou isolamento profilático.

Em suma, existe uma tendência para retirarmos um perfil em risco de apresentar uma diminuição provável das 6 dimensões e da QVT, que é o profissional ser com maior probabilidade do género feminino, mais velho, localizado em regiões em que não seja o Norte, a desempenhar funções de Medicina Geral e Familiar ou Medicina Interna, com categorias profissionais de Assistente de Medicina Geral e Familiar e mais elevadas como Consultor ou Graduado e em contexto de desempenho de atividade simultânea no público e no privado.

## **Palavras-chave**

Qualidade de Vida no Trabalho; Médicos; “*Work-Related Quality of Life*”; Portugal.

## Abstract

The Quality of Life at Work (QWL) perceived by the physician is a concept that is manifested by the reciprocity in the quality of the services provided (1–4).

Knowing the QWL perceived by doctors in Portugal and correlating this with sociodemographic variables, specialty/medical training, work and the presence of SARS-COV2 infection/prophylactic isolation, represent objectives of the present study.

The study is observational and cross-sectional, following a descriptive-correlational analysis model, with an eminently quantitative approach, which took place from February 2021 to December 2021. An online questionnaire was used, exposed on web page of the Portuguese Medical association, Ordem dos Medicos, published also with the support of the da Faculdade de Ciências da Saúde, Centro Académico Clínico das Beiras e pelo Sindicato Independente dos Médicos. The questionnaire consists of two parts, the first formed by the “Work-Related Quality of Life” scale, which analyzes 6 dimensions (general well-being (BEG), home-work relationship (RCT), control at work (CNT), working conditions (CDT), stress at work (SNT) and job satisfaction (SP) and the second composed of sociodemographic variables, medical specialty/training, work and SARS-COV2 infection/prophylactic isolation. Then, descriptive analysis and inference were performed using the SPSS27® software.

The sample consists of 173 participants, with an average age of 38.84 years, 69% of which are female, with the majority located in the center of the country (41.62%), preferably working at the public level (78.03 %), with the predominant professional categories of General and Family Medicine Assistant (31.79%) and Hospital Assistant (26.01%), without a leadership position (86.13%) and without having SARS-COV2 infection (85.55%) or subject to prophylactic isolation (67.05%). The dimension with the lowest classification was SNT with 1.89 points and at the opposite end, BEG with 3.07 points. Although there is no significant correlation, it appears that the male gender and the North region present higher sample averages in 4 of the 6 dimensions analyzed. There was a significant weak negative correlation of age with the SNT and RCT dimensions. The faculty of the Universidade da Beira Interior-Faculdade de Ciências da Saúde had the highest sample means in all dimensions and showed a significant relationship in terms of BEG, SNT and QVT in relation to the University of Coimbra-Faculty of Medicine. In the statistical inference of the specialty on the 6 dimensions and QWL, it was found that the intern of the common year had significantly higher values of RCT, SNT, CDT and QWL when compared to the Internal

Medicine and General and Family Medicine groups, presenting these last two lower values when compared to the remaining groups. The Internal Medicine group showed, in terms of sample mean, lower RCT, CDT and CNT and General and Family Medicine, in turn, showed a lower sample mean in relation to SNT, SP and QVT. As for the medical category, it appears that the higher positions (Graduate and Consultant) have a lower sample mean of the 6 dimensions when compared to their corresponding lower categories. The Intern of the Common Year group showed significant differences in the SNT, QVT, CDT and BEG dimensions ( $p < 0.1$ ) when compared with the General and Family Medicine Assistant and in the SNT and QVT dimensions when compared with the Graduate Assistant of General Medicine and Family and the Consultant.

As for the participants with a leadership position, they presented a significantly lower relationship in the SNT and CDT dimensions. At a significance level of 10%, there was a tendency for the existence of a significantly higher ratio of BEG in the context of private action and lower in the public-private context. No significant relationship was found between participants with SARS-COV2 infection or prophylactic isolation with the 6 dimensions and QWL, but sample means are generally higher in the 6 dimensions and QWL in participants who were not subjected to infection or prophylactic isolation.

In short, there is a tendency to remove a profile at risk of presenting a probable decrease in the 6 dimensions and in QWL, which is the professional being more likely to be female, older, located in regions other than the North, the perform functions of General and Family Medicine or Internal Medicine, with professional categories of Assistant of General and Family Medicine and higher categories as a Consultant or Graduate and in the context of performing simultaneous activity in the public and private sectors.

## **Keywords**

Quality of life at work; medical doctors; “*Work-Related Quality of Life*”; Portugal

# Índice

<i>Dedicatória</i> .....	<b>v</b>
<i>Agradecimentos</i> .....	<b>vii</b>
<i>Resumo</i> .....	<b>ix</b>
<i>Abstract</i> .....	<b>xi</b>
<i>Lista de Figuras</i> .....	<b>xv</b>
<i>Lista de Tabelas</i> .....	<b>xvii</b>
<i>Lista de Acrónimos</i> .....	<b>xix</b>
<b>1. Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Metodologia</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1. Tipo de estudo</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2. População e Amostra do estudo</b> .....	<b>5</b>
2.2.1. Critérios de inclusão e de exclusão .....	5
2.2.2. Dimensão da amostra .....	5
<b>2.3. Questionário</b> .....	<b>6</b>
<b>2.4. Descrição das 6 dimensões da Escala WRQOL</b> .....	<b>7</b>
2.4.1. Satisfação Profissional.....	7
2.4.2. Controlo no Trabalho .....	7
2.4.3. Stress no Trabalho.....	8
2.4.4. Condições de trabalho .....	8
2.4.5. Bem-estar Geral .....	8
2.4.6. Relação Casa-Trabalho .....	9
<b>2.5. Considerações ética e legais</b> .....	<b>9</b>
<b>2.6. Análise Estatística</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Resultados</b> .....	<b>11</b>
<b>3.1. Caracterização da Amostra</b> .....	<b>11</b>
3.1.1. Variáveis demográficas da Amostra .....	11
3.1.2. Distribuição dos participantes em função do local de formação de base e especialidade .....	12
3.1.3. Variáveis relativas ao desempenho da atividade profissional .....	13
3.1.4. Distribuição em função da infeção por SARS-COV2 e isolamento profilático .....	14
3.1.5. Descrição estatística das 6 dimensões da Escala WRQOL.....	15
<b>3.2. Relação estatística das dimensões da Escala WRQOL e as variáveis em estudo</b> .....	<b>16</b>

## **Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal**

3.2.1.	Relação estatística das 6 dimensões e QVT com o género dos participantes.....	16
3.2.1.	Correlação da idade dos participantes com as 6 dimensões e QVT.....	17
3.2.2.	Relação estatística das 6 dimensões e QVT com a região dos participantes .....	17
3.2.3.	Relação estatística das 6 dimensões e QVT, com a faculdade de formação em Medicina .....	19
3.2.4.	Relação estatística das 6 dimensões e QVT, com a Especialidade Médica .....	21
3.2.5.	Relação estatística das 6 dimensões e QVT com a categoria profissional .....	25
3.2.6.	Relação estatística das 6 dimensões e QVT com ter cargo de chefia.....	28
3.2.7.	Relação estatística das 6 dimensões e QVT com o contexto da prática clínica.....	29
3.2.8.	Relação estatística das 6 dimensões e QVT com a infeção por SARS-COV2 .....	30
3.2.9.	Relação estatística das 6 dimensões e QVT com isolamento por SARS-COV2 .....	31
<b>4.</b>	<b><i>Discussão</i></b> .....	<b>33</b>
<b>5.</b>	<b><i>Conclusão</i></b> .....	<b>41</b>
<b>6.</b>	<b><i>Referências bibliográficas</i></b> .....	<b>43</b>
<b>7.</b>	<b><i>Anexos</i></b> .....	<b>49</b>
	<b>Anexo 1: Questionário</b> .....	<b>49</b>
	<b>Anexo 2: Escala de WRQOL</b> .....	<b>53</b>
	<b>Anexo 3: Aprovação pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior</b> .....	<b>54</b>
	<b>Anexo 4: Determinação da normalidade e teste de Levene</b> .....	<b>55</b>
	<b>Anexo 5: Distribuição geográfica dos participantes por distrito</b> .....	<b>63</b>
	<b>Anexo 6: Distribuição em tabela dos participantes de acordo com a sua especialidade.</b> .....	<b>64</b>

## Lista de Figuras

<b>Figura 1:</b> Gráfico representativo da distribuição pelo género dos participantes que compõem a amostra. ....	11
<b>Figura 2:</b> Gráfico representativo da distribuição da idade por classes dos participantes. ....	12
<b>Figura 3:</b> Distribuição geográfica por regiões dos participantes da amostra. ....	12
<b>Figura 4:</b> <i>Distribuição dos participantes</i> pela escola médica de formação base. ....	13
<b>Figura 5:</b> Distribuição dos participantes pela categoria profissional. ....	14
<b>Figura 6:</b> Distribuição dos participantes pelo cargo de chefia e contexto. A) Cargo de chefia. B) Contexto. ....	14
<b>Figura 7:</b> Distribuição dos participantes pela infeção e isolamento. A) Infeção por SARS-COV2. B) Isolamento profilático. ....	15
<b>Figura 8:</b> Distribuição geográfica dos participantes por distrito. ....	63



## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Descrição estatística dos participantes em função da idade (n= 173).....	11
<b>Tabela 2:</b> Descrição estatística das 6 dimensões da escala WRQOL aplicada no estudo (N= 173). .....	15
<b>Tabela 3:</b> Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com o género do participante. ....	16
<b>Tabela 4:</b> Correlação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com a idade do participante. ....	17
<b>Tabela 5:</b> Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com a região do participante. ....	17
<b>Tabela 6:</b> Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com a faculdade de formação em Medicina. ....	20
<b>Tabela 7:</b> Comparações múltiplas da dimensão BEG e da QVT, considerando as várias faculdades de formação geral em Medicina. ....	21
<b>Tabela 8:</b> Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com os grupos de especialidades médicas. ....	22
<b>Tabela 9:</b> Comparações múltiplas das dimensões BEG, RCT, SNT, CDT e QVT considerando os vários grupos das especialidades médicas. ....	23
<b>Tabela 10:</b> Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com a categoria profissional. ....	25
<b>Tabela 11:</b> Comparações múltiplas das dimensões BEG, RCT, SNT e QVT, considerando as várias categorias profissionais. ....	27
<b>Tabela 12:</b> Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com ter um cargo de chefia. ....	29
<b>Tabela 13:</b> Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com o contexto da prática clínica. ....	30
<b>Tabela 14:</b> Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com ter ou não infeção por SARS-COV2. ....	31
<b>Tabela 15:</b> Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com o isolamento por SARS-COV2. ....	32
<b>Tabela 16:</b> Tabela comparativa dos estudos realizados com a escala WRQOL e as suas dimensões. ....	33
<b>Tabela 17:</b> Correlação das perguntas com as 6 dimensões da escala WRQOL. ....	53
<b>Tabela 18:</b> Teste de normalidade das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com o género do participante .....	55

<b>Tabela 19:</b> Teste de normalidade das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT e da idade dos participantes.....	55
<b>Tabela 20:</b> Teste de normalidade e de Levene das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com a região do país. ....	56
<b>Tabela 21:</b> Teste de normalidade e de Levene das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com a faculdade de formação em Medicina.....	57
<b>Tabela 22:</b> Teste de normalidade e de Levene das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT, com a especialidade médica. ....	58
<b>Tabela 23:</b> Teste de normalidade e de Levene das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com a categoria profissional. ....	59
<b>Tabela 24:</b> Teste de normalidade das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com o cargo de chefia.....	60
<b>Tabela 25:</b> Teste de normalidade e de Levene das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com o contexto da prática clínica.....	60
<b>Tabela 26:</b> Teste de normalidade das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com a infeção por SARS-COV2. ....	61
<b>Tabela 27:</b> Teste de normalidade das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com o isolamento por SARS-COV2. ....	62
<b>Tabela 28:</b> Distribuição dos participantes em função da especialidade. ....	64

## Lista de Acrónimos

<b>AG</b>	Avaliação geral
<b>BEG</b>	Bem-estar geral
<b>CDT</b>	Condições de trabalho
<b>CNT</b>	Controlo no trabalho
<b>QVT</b>	Qualidade de vida no trabalho
<b>RCT</b>	Relação Casa-Trabalho
<b>SNT</b>	Stress no trabalho
<b>SP</b>	Satisfação pessoal
<b>SPSS® 27</b>	Statistical Package for the Social Sciences 27
<b>WRQoL</b>	<i>Work-Related Quality of Life</i>



## 1. Introdução

A avaliação da qualidade de vida no trabalho (QVT) foi aplicada inicialmente em programas direcionados para unidades fabris, surgindo as primeiras referências académicas na década de 70, na Conferência Internacional de Relações de Trabalho em 1972 na “*Arden House*” na Universidade de Columbia (1,3). A QVT tem na sua natureza subjetividade, uma vez que a sua perceção é influenciada pela interação entre as variáveis intrínsecas do colaborador, como os emocionais, psicológicos, biológicos e as variáveis extrínsecas, tais como, o contexto temporal, social e tecnológico da altura (1,5,6). No plano laboral, as características e práticas organizacionais assumem-se de extrema importância para a QVT, pois, perante um ambiente no qual os trabalhadores se sentem seguros e satisfeitos, demonstrou-se contribuir para o bem-estar físico, mental e social do colaborador e consequentemente para um correto desempenho das suas funções (7–9). No entanto, a QVT demonstra que existe reciprocidade do colaborador para a instituição, uma vez que, vai influenciar o comportamento dos mesmos em relação à instituição, nomeadamente na taxa de absentismo, qualidade do produto/serviço, identificação organizacional, satisfação com o trabalho, compromisso com o trabalho, esforço no trabalho, desempenho individual e intenção de sair da organização (1,9,10).

A QVT é a influencia do trabalho na qualidade de vida em geral do colaborador, assumindo-se assim, como indissociável do mesmo, originando reciprocidade entre trabalho e colaborador (1,3,10,11). Nesse sentido, surge a escala “*Work-Related Quality of Life*” (WRQOL), validada para língua portuguesa, que analisa dimensões externas ao âmbito do laboral (bem-estar geral, relação casa-trabalho) e as dimensões laborais (controlo no trabalho, condições de trabalho, satisfação profissional e stress no trabalho) (2,11,12).

Este trabalho tem como objetivo principal conhecer a QVT percebida pelos Médicos em Portugal. De forma a concretizar o objetivo principal, definiu-se como objetivo secundário, estudar a relação das 6 dimensões do WRQOL e o QVT, com as variáveis sociodemográficas, laborais, de formação/especialidade médica e as variáveis relacionadas com a infeção e isolamento por SARS-COV2.

No estudo da QVT percebida pelos médicos e das 6 dimensões que serão abordadas, a variável género, pelo qual se demonstrou existir uma opinião contraditória, tendo em consideração que num dos opostos se apresentam estudos publicados que demonstram a não existência de diferença entre ambos os géneros, e no outro oposto demonstra-se

que o género feminino apresenta uma maior satisfação profissional, melhor qualidade de trabalho e maior stress laboral (4,13–15). No que diz respeito à idade, em vários estudos é referido que as idades mais jovens estão relacionadas com uma menor satisfação no trabalho e um maior stress laboral, culminando em “*burnout*”, em detrimento de idades mais avançadas (4,16–22). Quanto a região dos participantes, os estudos anteriores que analisaram o “*burnout*” em profissionais de saúde ao nível nacional, informam também que existem diferenças regionais, sendo o centro do país o que apresenta menor índice de *burnout*”, contudo, foram também demonstrados que as regiões centro e norte têm um elevado índice de “*burnout*”, sobretudo no caso dos enfermeiros (21–23).

Na análise das variáveis da formação/ especialidade, a faculdade de formação de base parece relacionar-se com satisfação laboral e motivação, portanto, influencia a perceção da QVT e as 6 dimensões (20,24). A escolha da especialidade é um marco importante na vida do estudante e com efeitos à posteriori, pois, em função da especialidade escolhida, a QVT e as 6 dimensões vão variar. Em estudos anteriores, quando se avaliaram as especialidades sobre o “*burnout*”, as que apresentaram menores índices foram as de Medicina Geral e Familiar, Saúde Pública e Medicina do Trabalho (19,21,25,26). Com taxas mais elevadas destacam-se Medicina de Emergência, Medicina Interna e Medicina Intensiva ou ainda a Neurologia, Cirurgia geral e contrariando o que anteriormente referido, a Medicina Geral e Família (21,27).

No âmbito laboral, tendo em conta a categoria do profissional, verifica-se que o Assistente Hospitalar e o interno de especialidade mais próximos do anos finais da especialização, demonstraram em estudos prévios, estarem sujeitos a um maior “*burnout*”, existindo assim, em ambas as categorias, uma provável modificação da perceção das 6 dimensões e do QVT (21,23). O “*burnout*” do interno de especialidade, varia de acordo com o ano de especialidade, quanto mais próximo dos últimos anos, maior será (21,23). Quanto aos profissionais que têm funções de chefia, demonstra-se que têm maior sobrecarga laboral mas encontram-se mais realizados profissionalmente (8,19–21). No contexto de atuação clínica, verifica-se ao longo dos anos em Portugal uma preferência cada vez mais acentuada pela prática clínica no setor privado, por se demonstrar mais adequada no que diz respeito às condições laborais exigidas pelos profissionais médicos e consequentemente uma melhor QVT (19,28). Verificou-se ainda que os médicos que apresentavam atividade clínica no setor público, possuíam níveis de “*burnout*” elevados, principalmente associado a trabalho em exclusivo neste setor e que consequentemente vai degradando a QVT (21).

## **Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal**

No estudo realizado optou-se por inserir a variável infeção por SARS-COV2 e o isolamento profilático, devido ao facto deste estudo ter decorrido num período pandémico, podendo de certa forma exercer algum tipo de influência nas respostas obtidas no questionário em causa. Encontra-se disponível um vasto reportório de publicações, especificamente artigos científicos, que enfatizam a sobrecarga quer emocional quer física, provocada pela pandemia sobre os profissionais. Sendo assim, estas também poderão influenciar a QVT e as 6 dimensões, nomeadamente um maior stress laboral associado a esta sobrecarga laboral, contudo, faz-se a ressalva, de que alguns dos artigos em causa, referem que não provocaram alterações significativas das 6 dimensões e do QVT (29–32).

Em suma, este trabalho enquadra-se na importância da QVT e na escassez de material científico nesta temática, que é analisada no âmbito médico, tonando-se importante conhecer a perceção dos médicos em Portugal sobre as 6 dimensões e QVT e as variáveis que a influenciam.



## **2. Metodologia**

### **2.1. Tipo de estudo**

O estudo desenvolvido é um estudo observacional e transversal, seguindo um modelo de análise descritivo-correlacional, com uma abordagem eminentemente quantitativa, sobre uma amostra oportunista.

### **2.2. População e Amostra do estudo**

O presente estudo incide na população médica em Portugal, sendo que a participação destes, realizou-se através do preenchimento de um questionário online, anónimo e confidencial, disponibilizado na página da Ordem dos Médicos com o seguinte link: <https://ordemosmedicos.pt/projeto-de-investigacao-da-fcs-ubi-avaliacao-da-qualidade-de-vida-no-trabalho-do-medico/>. No sentido de obter uma maior abrangência na população em estudo, a divulgação foi realizada pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Centro Académico Clínico das Beiras e o pelo Sindicato Independente dos Médicos.

#### **2.2.1. Critérios de inclusão e de exclusão**

Na definição da amostra a contemplar no estudo optou-se pelos seguintes critérios de inclusão: ser médico com atividade clínica em Portugal e aceitar o consentimento informado, que esta integrado no questionário (anexo 1). Foram excluídos do estudo os participantes que não sejam médicos, que não têm atividade clínica em Portugal ou só em países estrangeiros, sem atividade clínica atual e que não deram o consentimento informado.

#### **2.2.2. Dimensão da amostra**

A amostra é constituída pelo número de participantes que responderam ao questionário, após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, correspondendo a 173 participantes. Atendendo a esta dimensão amostral, podemos afirmar que estamos perante um erro de estimativa inferior a 8% (7,45%), considerando um grau de confiança de 95%.

### 2.3. Questionário

O questionário é constituído por duas partes, sendo a primeira relativa à aplicação do questionário WRQOL, onde constam 24 questões que valorizam as 6 dimensões (bem-estar geral, relação casa-trabalho, controlo no trabalho, condições de trabalho, stress no trabalho e satisfação profissional), e a segunda parte correspondente às variáveis sociodemográficas, formação/especialidade médica, laborais, presença de infeção por SARS-COV” e o isolamento profilático dos participantes, para caracterizar a amostra em estudo (anexo 1). A opção pela escala referida anteriormente, deve-se aos objetivos propostos e pelas características inerentes a este questionário, por ser de preenchimento breve, permitir a avaliação de 6 dimensões, de estar validada em Portugal e por já ter sido utilizada em profissionais de saúde (2,12). Esta escala está constituída por afirmações, no qual o participante responde de acordo com uma escala de Likert 5 pontos, compreendendo esta entre 1= discordo completamente até 5 = concordo plenamente. Portanto, a classificação maior indica maior concordância com a afirmação, excetuando-se as questões 7,9 e 19 em que a sua pontuação é invertida através da equação 1.

$$\text{Valor da questão} = 6 - (\text{o valor obtido do questionário})$$

**Equação 1:** Equação para a inversão do valor para as questões 7,9 e 19.

Esta inversão dos valores obtidos nas questões 7 e 19 para o stress no trabalho e a questão 9 para o bem-estar geral, permite tal como as restantes questões que não são invertidas, inferir que quanto maior for o valor da resposta, maior será o valor da dimensão avaliada, e por último, pela adição dos valores das 6 dimensões e posterior média, maior será a qualidade QVT percebida pelo médico.

O questionário aplicado no estudo, numa primeira fase, foi enviado aos médicos com ligação académica com a Faculdade de Medicina da Universidade da Beira Interior, que demonstraram disponibilidade para realizar uma análise crítica do mesmo. Após a recolha das opiniões, procedeu-se à retificação do questionário para se obter a versão final. Após a construção da versão final, procedeu-se ao envio para os participantes do estudo, iniciando-se dessa forma a recolha da informação para o estudo em questão. Durante a recolha foi disponibilizado um email (aqvm.questionário@gmail.com), para que os participantes pudessem submeter as suas dúvidas e sugestões sobre o estudo realizado.

## **2.4. Descrição das 6 dimensões da Escala WRQOL**

A escala utilizada no questionário corresponde à escala WRQOL, que é composta por 24 questões, sendo que 23 questões distribuem-se de forma a enquadrar as 6 dimensões no questionário (Anexo 2) (33).

### **2.4.1. Satisfação Profissional**

A satisfação profissional (SP) é uma das dimensões abordadas através de 6 questões no questionário (anexo 2), sendo este um conceito referente à oportunidade que o local de trabalho fornece ao colaborador, de autoestima, autorrealização e alcance/desenvolvimento do seu potencial. Contudo, é um conceito bidimensional, dependente de características intrínsecas do colaborador (iniciativa, relação com os seus superiores, entre outros) e características extrínsecas (salário, promoções, entre outras) (3,20,33,34).

A SP está intimamente relacionada com as características da vida/trabalho e performance no trabalho do colaborador, influenciando em termos de bem-estar físico e psicológico (3,20,33,34).

Esta componente da escala está associada com as condições de trabalho, uma vez que a SP reflete em que medida o local de trabalho possibilita ao indivíduo sentir-se bem, permitindo que o mesmo consiga obter satisfação de desenvolvimento pessoal no trabalho, enquanto que as condições de trabalho, avaliam a perceção do trabalhador acerca da consideração que a sua entidade patronal demonstra, tendo em conta as necessidades básicas do trabalhador (3,20,33,34).

### **2.4.2. Controlo no Trabalho**

O controlo no trabalho (CNT) é um conceito que é abordado através de 3 questões do questionário (anexo 2), que representa uma forte associação com controlo pessoal e satisfação profissional. Este controlo pessoal é entendido como a possibilidade de o trabalhador ter um determinado grau de controlo sobre as condições de trabalho, de integração no meio laboral e como participar nas decisões no local de trabalho (3,33,35).

Esta perceção de controlo permite a gestão do stress do trabalhador e evita o desenvolvimento de situações relacionadas com a falta de controlo, tais como: reações emocionais negativas (ansiedade, depressão, entre outras), de patologias físicas de curta

duração (cefaleias, entre outros) e longa duração (cardiovasculares, entre outros) e comportamentos contraproducentes no trabalho (33,35).

#### 2.4.3. Stress no Trabalho

O stress no trabalho (SNT) é abordado no questionário através de 2 questões (anexo 2), sendo este conceito definido como o desnível entre a perceção de exigência do trabalho e a capacidade/recursos do trabalhador, desencadeando consequentemente no próprio trabalhador uma resposta adversa em termos físicos e/ou emocionais. Estas repercussões físicas e/ou emocionais do trabalhador, influenciarão a taxa de absentismo e a performance laboral (11).

As condições do ambiente laboral e de empregabilidade podem levar a um stress no trabalho, que em conjunto com o “*burnout*” pode levar a atitudes negativas e diminuição da produção laboral (11).

#### 2.4.4. Condições de trabalho

As condições de trabalho (CDT) estão representadas em 3 questões do questionário (anexo 2), sendo este concetualmente relacionado com a SP (como já referido). As CDT avaliam o nível de satisfação em termos de recursos fundamentais, para que o trabalhador consiga desempenhar de forma segura e eficaz o seu trabalho (2,19,33).

As CDT podem influenciar os trabalhadores e dessa forma perturbar a sua atividade laboral, podendo mesmo aumentar a taxa de absentismo. De forma a evitar o aumento da taxa de absentismo, as CDT devem permitir um balanço adequado entre a vida e o trabalho, pois, representam uma dimensão preponderante na retenção das pessoas nos postos de trabalho (2,19,33).

#### 2.4.5. Bem-estar Geral

O bem-estar geral (BEG) é um conceito abordado em 6 questões do questionário (anexo 2) que é influenciado pela dualidade, trabalho e casa. É uma dimensão que contempla a satisfação com a sua vida em geral. Considera o bem-estar psicológico, físico e a satisfação com o trabalho, como essenciais ao bem-estar (20,33,36).

O BEG, mais especificamente a sua componente psicológica, tem sido alvo de muita preocupação, promovendo o desenvolvimento de políticas com foco na melhoria desta

dimensão. Inclusive, uma das teorias em causa, consiste em permitir um determinado controlo sobre as suas atividades, pois, um trabalhador que desenvolva perturbações ao nível psicológico (ansiedade, depressão, entre outros), terá a efetividade do seu trabalho afetada, portanto, deve-se optar por estratégias que promovam o bem-estar psicológico e físico (20,33,36).

#### **2.4.6. Relação Casa-Trabalho**

A relação casa-trabalho (RCT) está representada no questionário por 3 questões (anexo 2) e espelha o que é referido como o conflito trabalho-família, focando-se no equilíbrio entre as interfaces casa e trabalho. A falha no equilíbrio na interface desta dualidade, leva a que o empregador não obtenha o melhor desempenho do seu colaborador. Para que o equilíbrio seja atingido é necessário existir uma dinâmica entre colaborador e empregador e de aplicação de medidas que flexibilizam este mesmo equilíbrio (horários flexíveis, entre outros) (3,33).

Esta componente avalia o grau em que os indivíduos sentem que possuem o controlo sobre quando, onde e como trabalham. Logo, só é possível com o apoio do empregador, que simultaneamente vai suportar a vida familiar do colaborador, enquanto este desempenha as suas funções, isto é, suporta o empregador (3,33).

### **2.5. Considerações ética e legais**

A investigação obteve a aprovação pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (anexo 3) e o investigador não tem conflitos de interesse a declarar.

### **2.6. Análise Estatística**

A análise estatística decorreu com a construção de uma base de dados, sendo utilizado para esse efeito, o software estatístico SPSS®, versão 27. Atendendo a esta dimensão amostral, podemos afirmar que estamos perante um erro de estimativa inferior a 8% (7,45%), considerando um grau de confiança de 95%.

A análise estatística é composta por duas partes. Uma primeira que corresponde à caracterização da amostra, realizando-se uma análise descritiva das variáveis recolhidas

e das 6 dimensões do questionário com QVT. Para as variáveis quantitativas é apresentado o valor máximo e mínimo, a média e o desvio padrão, enquanto que para as variáveis qualitativas são apresentadas as frequências absoluta e relativa.

Na segunda parte são utilizadas algumas metodologias inferenciais, de forma a relacionar as 6 dimensões da escala WRQOL e QVT percebida, com as variáveis em estudo, tais como: idade, género, região do país, formação de base em medicina, categoria profissional, cargo de chefia, contexto de desempenho de atividade clínica, infeção SARS-COV2 e isolamento profilático. Quando verificados os pressupostos de normalidade e igualdade de variâncias, aplicaram-se os seguintes testes paramétricos: o teste t para amostras independentes para comparar os valores médios de entre dois grupos independentes; o teste One-Way Anova para comparar mais que dois valores médios. Quando não se verificou o pressuposto da normalidade, recorreu-se respetivamente, aos testes não paramétrico de Mann-Whitney e não paramétrico de Kruskal-Wallis. Quando se verificou o pressuposto da normalidade mas não a homogeneidade das variâncias, recorreu-se ao teste de Welch por ser robusto na presença da não igualdade das variâncias. As comparações múltiplas foram realizadas através do teste de Tukey, quer para o caso em que se realizaram as comparações múltiplas das médias (metodologia paramétrica), quer no caso das comparações múltiplas das médias das ordens (metodologia não paramétrica).

No caso particular do estudo da correlação da idade com as 6 dimensões e o QVT, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman, uma vez que não se verificou a normalidade das variáveis. O critério utilizado para a classificação da correlação foi o definido por Davis de 1971 (37):

- 0,1 a 0,9: Associação inexistente
- 0,10 a 0,29: Associação fraca
- 0,30 a 0,49: Associação moderada
- 0,50 a 0,69: Associação substancial
- $\geq 0,70$ : Associação muito fortes

Os testes utilizados para verificar a normalidade foram o teste de Kolmogorov-Smirnov ( $n \geq 30$ ) e o teste de Shapiro-Wilk ( $n < 30$ ). De forma a verificar a igualdade de variâncias utilizou-se o teste de Levene (anexo 4).

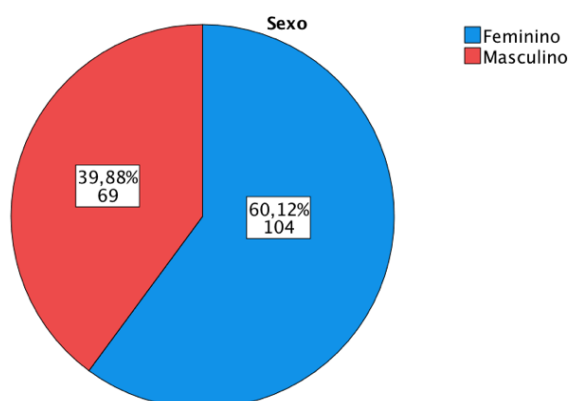
## 3. Resultados

### 3.1. Caracterização da Amostra

Na caracterização da amostra, irá proceder-se à descrição estatística das variáveis demográficas, em função da formação de base e especialidade médica, variáveis relativas ao desempenho profissional, relativamente a infeção por SARS-COV2 e o isolamento profilático.

#### 3.1.1. Variáveis demográficas da Amostra

A amostra do estudo é constituída, na sua maioria, por participantes do género feminino (104 participantes, 60,12%) (figura 1).



**Figura 1:** Gráfico representativo da distribuição pelo género dos participantes que compõem a amostra.

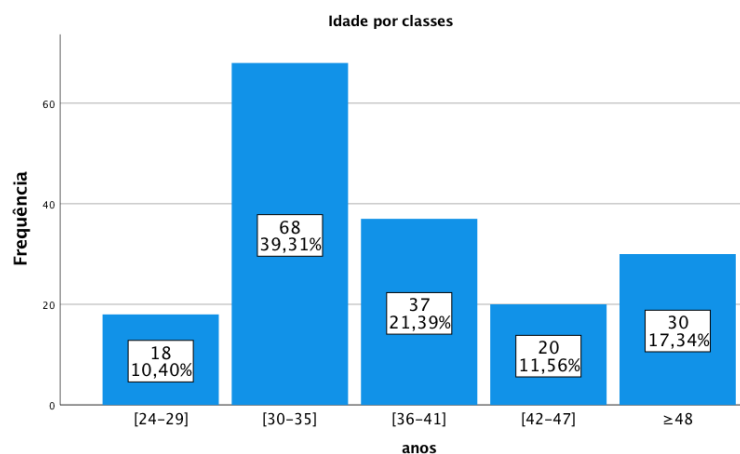
A idade mais representativa foi a de 34 anos (8,7%), tendo como mínima de 24 anos e máxima de 66 anos, perfazendo uma média de idade dos participantes de aproximadamente 39 anos ( $38,84 \pm 0,78$ ) (tabela 1).

**Tabela 1:** Descrição estatística dos participantes em função da idade (n= 173).

	Mínima	Máxima	Idade mais representada (%)	Média ± Desvio Padrão
Idade (anos)	24	66	34(8,7%)	38,84 ± 0,78

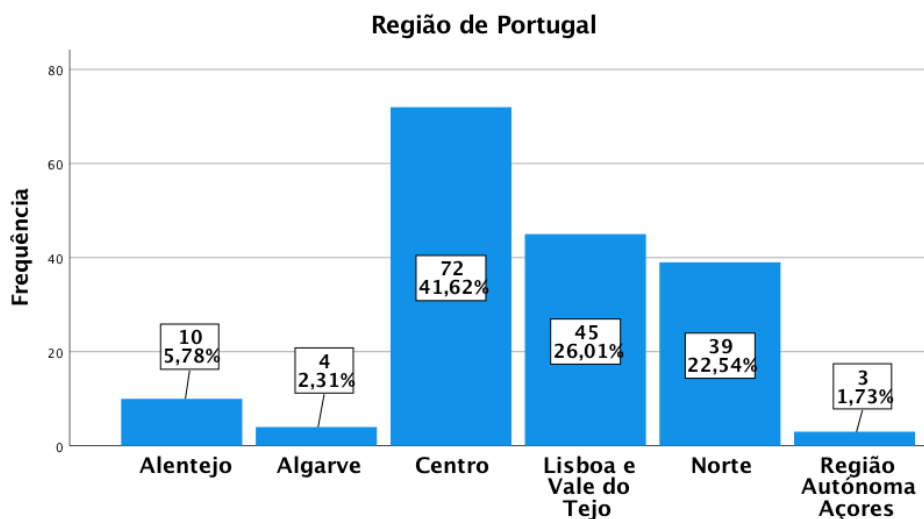
Procedeu-se à estratificação em classes das idades, de forma a termos noção da faixa etária mais representativa. Pela análise da Figura 2 concluímos que se trata do intervalo [30-35], com 68 participantes (39,31%). Quanto à menos representada, corresponde a

participantes com uma idade no intervalo [24-29], com 18 participantes (10,40%) (figura 2).



**Figura 2:** Gráfico representativo da distribuição da idade por classes dos participantes.

Quanto à região em que desempenham funções, os participantes do estudo localizam-se maioritariamente na região do Centro (72 participantes, 41,62%), Lisboa e Vale do Tejo (45, 26,0%) e Norte (39, 22,50%) (figura 3). Por sua vez, os distritos mais representativos foram Lisboa (33, 19,08%), Viseu (24, 13,87%), Porto (20, 11,56%) e Castelo Branco (20, 11,56%) (anexo 5).

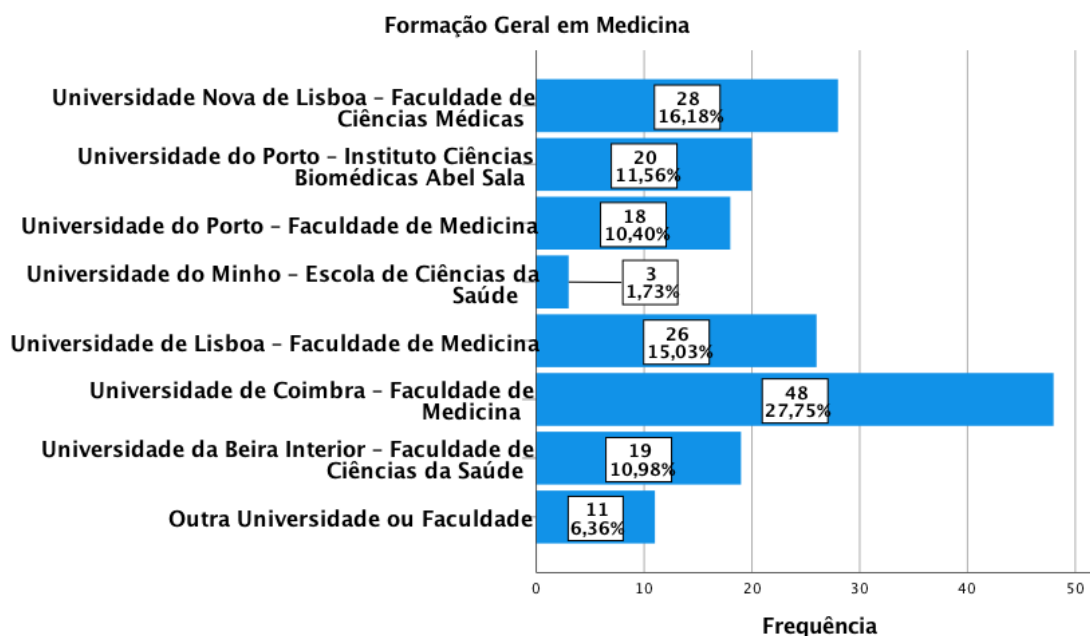


**Figura 3:** Distribuição geográfica por regiões dos participantes da amostra.

### 3.1.2. Distribuição dos participantes em função do local de formação de base e especialidade

Na amostra obtida, os participantes estavam na sua maioria distribuídos por três faculdades, Faculdade de Medicina de Coimbra (48, 27,75%), Nova de Lisboa - Faculdade de Ciências da Saúde (28, 16,18%) e Faculdade de Medicina de Lisboa (26, 15,3%). A

Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde apresentou 19 respostas (10,98%) (figura 4).



**Figura 4:** Distribuição dos participantes pela escola médica de formação base.

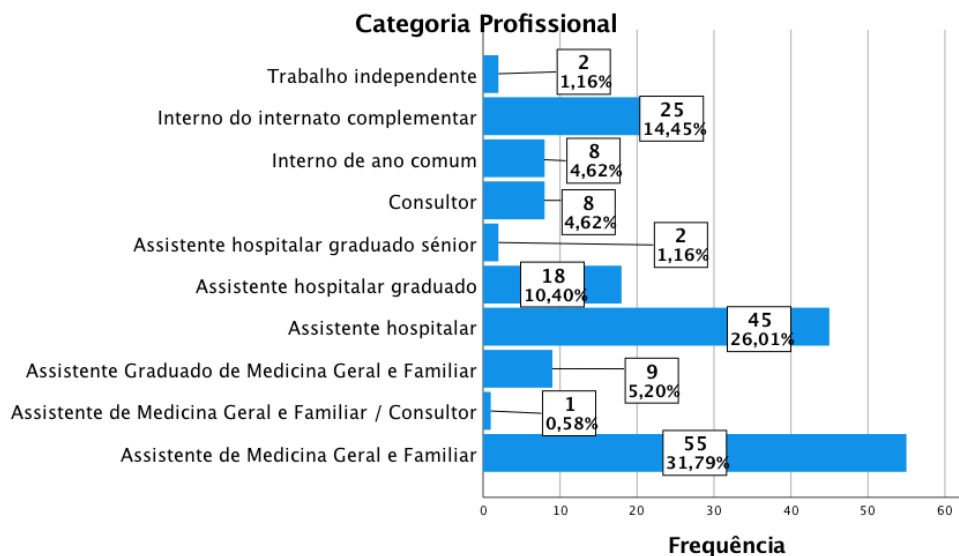
Quanto às especialidades médicas, as mais representativas foram a Medicina Geral e Familiar com 81 participantes (46,82%) e a Medicina Interna com 18 participantes (10,41%) (anexo 6).

### 3.1.3. Variáveis relativas ao desempenho da atividade profissional

Nas variáveis de desempenho da atividade profissional, iremos focar-nos na categoria profissional, cargos de chefia e em que contexto desempenham as mesmas.

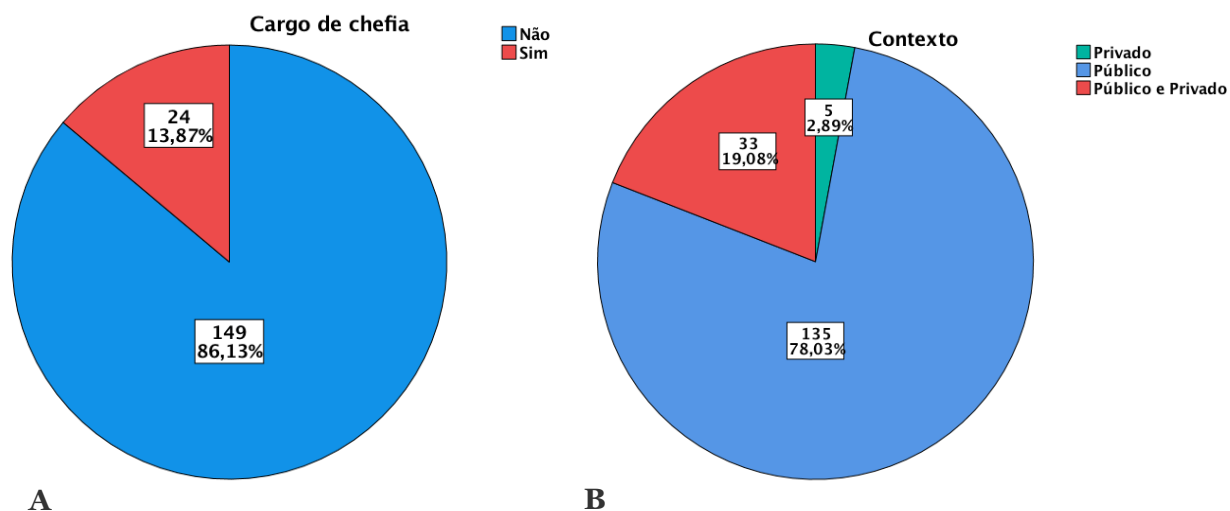
Na categoria profissional as mais representativas na especialidade extra-hospitalar foram o Assistente de Medicina Geral e Familiar, com 55 participantes (31,79%), e na hospitalar, o Assistente Hospitalar com 44 participantes (25,43%) (figura 5).

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal



**Figura 5:** Distribuição dos participantes pela categoria profissional.

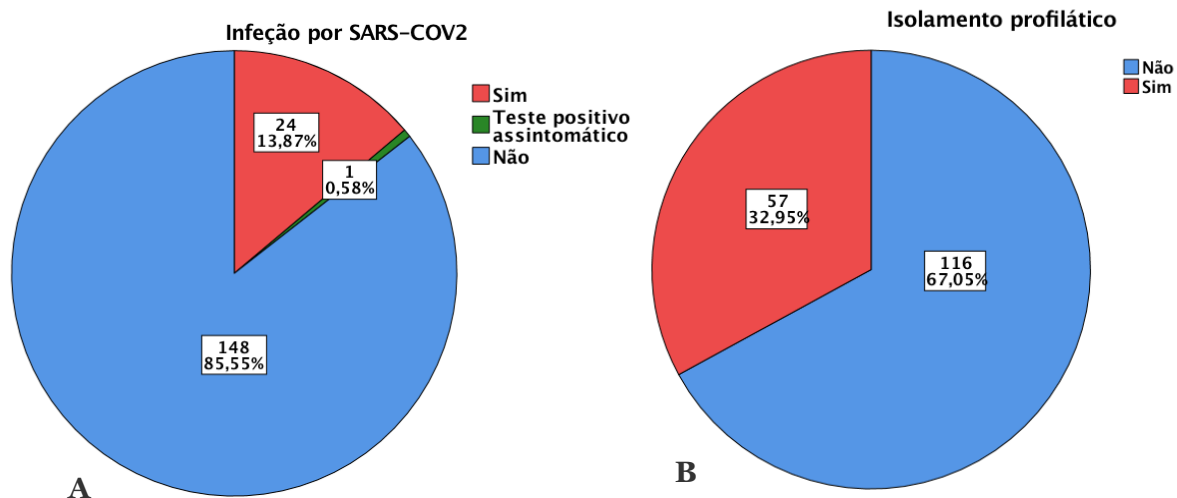
No desempenho de cargos de chefia, 149 participantes (86,13%) não desempenham nenhum cargo. No contexto de atuação, 135 (78,03%) encontram-se no sector público, 33 (19,08%) no sector privado e público e 5 (2,89%) dos participantes têm atividade só privada (figura 6).



**Figura 6:** Distribuição dos participantes pelo cargo de chefia e contexto. A) Cargo de chefia. B) Contexto.

### 3.1.4. Distribuição em função da infeção por SARS-COV2 e isolamento profilático

Dos participantes deste estudo, 148 (84,6%) não tiveram infeção pelo SARS-COV2 e 116 (66,3%) não estiveram em isolamento profilático (figura 7).



**Figura 7:** Distribuição dos participantes pela infeção e isolamento. A) Infeção por SARS-COV2. B) Isolamento profilático.

### 3.1.5. Descrição estatística das 6 dimensões da Escala WRQOL

Na análise da distribuição da frequência, verifica-se que das dimensões que compõem a escala WRQOL, a que teve menor pontuação em média foi SNT com 1,89 e, no outro extremo, com maior pontuação em média foi BEG com 3,07 (tabela 2). Portanto, como referido anteriormente, quanto maior a pontuação, maior será a contribuição para QVT percebida. Sendo assim, BEG é a que contribui mais para QVT, conseqüentemente o SNT tem uma menor pontuação, logo, contribui menos para a QVT.

**Tabela 2:** Descrição estatística das 6 dimensões da escala WRQOL aplicada no estudo (N= 173).

Parâmetros	CNT	BEG	RCT	SP	SNT	CDT	QVT
Média	2.91	3.07	2.47	2.99	1.89	2.61	2,66
Desvio padrão	0.96	0.92	0.99	0.83	0.99	0.94	0,76
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1
Máximo	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4,92

### 3.2. Relação estatística das dimensões da Escala WRQOL e as variáveis em estudo

#### 3.2.1. Relação estatística das 6 dimensões e QVT com o género dos participantes

Quanto à relação do género dos participantes com as 6 dimensões e QVT, conclui-se que nenhuma das dimensões e nem o QVT apresentam diferenças significativas entre o género dos participantes ( $p > 0,05$ ) (tabela 3).

**Tabela 3:** Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com o género do participante.

WRQOL	Género	Média ± desvio padrão	p-value
CNT	Feminino (n= 104)	2,881 ± 0,936	0,535 <sup>#1</sup>
	Masculino (n= 69)	2,952 ± 0,992	
BEG	Feminino (n= 104)	3,085 ± 0,831	0,748 <sup>#2</sup>
	Masculino (n= 69)	3,039 ± 1,050	
RCT	Feminino (n= 104)	2,468 ± 0,969	0,998 <sup>#1</sup>
	Masculino (n= 69)	2,483 ± 1,022	
SP	Feminino (n= 104)	3,045 ± 0,753	0,275 <sup>#1</sup>
	Masculino (n= 69)	2,899 ± 0,938	
SNT	Feminino (n= 104)	1,856 ± 0,980	0,576 <sup>#1</sup>
	Masculino (n= 69)	1,942 ± 1,016	
CDT	Feminino (n= 104)	2,593 ± 0,911	0,978 <sup>#1</sup>
	Masculino (n= 69)	2,633 ± 0,999	
QVT	Feminino (n= 104)	2,655 ± 0,708	0,978 <sup>#2</sup>
	Masculino (n= 69)	2,656 ± 0,832	

<sup>#1</sup> Teste de Mann-Whitney, <sup>#2</sup> Teste t para amostras independentes, \* p-value < 0,05, \*\* p-value < 0,1

Apesar de não existirem diferenças significativas, verifica-se que as dimensões CNT, RCT, SNT, CDT, apresentam uma maior média amostral no género masculino (tabela 3). Já no que diz respeito a BEG e a SP, demonstraram uma maior média amostral no género feminino (tabela 3). Verifica-se ainda que a dimensão SP é a que apresenta uma maior diferença entre as médias amostrais em ambos os géneros, quando comparado com as restantes dimensões (tabela 3). A QVT tem uma média amostral muito semelhante entre ambos os géneros, sendo esta ligeiramente superior no género masculino (tabela 3).

### 3.2.1. Correlação da idade dos participantes com as 6 dimensões e QVT

Através da análise da tabela 4, verifica-se uma correlação significativa ( $p < 0,05$ ), sendo negativa fraca ( $r < 0,3$ ), entre a idade dos participantes e as dimensões RCT e SNT. Logo, quanto maior for a idade, menor será a RCT e maior será o stress laboral sentido pelo participante.

Considerando uma significância de 10% ( $p < 0,1$ ), permite-nos aferir uma tendência para a existência de correlação significativa, sendo esta negativa e fraca ( $r < 0,3$ ), entre a idade e as dimensões, CDT e o QVT (tabela 4).

**Tabela 4:** Correlação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com a idade do participante.

		CNT	BEG	RCT	SP	SNT	CDT	QVT
Idade	Coefficiente de correlação <sup>#3</sup>	0,031	-0,041	-0,166	-0,110	-0,172	-0,144	-0,139
	<i>p-value</i>	0,683	0,588	0,029*	0,148	0,023*	0,059**	0,068**

<sup>#3</sup> Correlação de Spearman's, \*  $p\text{-value} < 0,05$ , \*\*  $p\text{-value} < 0,1$

### 3.2.2. Relação estatística das 6 dimensões e QVT com a região dos participantes

No presente estudo excluíram-se as regiões que apresentavam menos de 5 participantes. No seguimento do que foi referido, removeram-se os participantes do Algarve e da Região Autónoma dos Açores, no total de 7 participantes.

Quanto à relação da região dos participantes com as 6 dimensões e QVT, conclui-se que nenhuma das dimensões e nem o QVT apresentam diferenças significativas entre as regiões analisadas dos participantes ( $p > 0,05$ ) (tabela 5).

**Tabela 5:** Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com a região do participante.

WRQOL	Região	Média ± desvio padrão	<i>p-value</i>
CNT	Alentejo (n= 10)	2,933 ± 0,750	0,778 <sup>#4</sup>
	Centro (n= 72)	2,893 ± 0,996	
	Lisboa e Vale do Tejo (n= 45)	2,785 ± 1,020	
	Norte (n= 39)	2,983 ± 0,918	

<sup>#4</sup> Teste de Kruskal- Wallis, <sup>#5</sup> Teste One-Way Anova, \*  $p\text{-value} < 0,05$ , \*\*  $p\text{-value} < 0,1$

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

**Tabela 5:** Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com a região do participante (cont.).

WRQOL	Região	Média ± desvio padrão	p-value
<b>BEG</b>	Alentejo (n= 10)	3,190 ± 0,895	0,173 <sup>#5</sup>
	Centro (n= 72)	3,021 ± 0,930	
	Lisboa e Vale do Tejo (n= 45)	2,859 ± 0,961	
	Norte (n= 39)	3,295 ± 0,850	
<b>RCT</b>	Alentejo (n= 10)	2,667 ± 1,054	0,238 <sup>#4</sup>
	Centro (n= 72)	2,394 ± 1,012	
	Lisboa e Vale do Tejo (n= 45)	2,304 ± 0,979	
	Norte (n= 39)	2,633 ± 0,854	
<b>SP</b>	Alentejo (n= 10)	2,917 ± 0,821	0,701 <sup>#5</sup>
	Centro (n= 72)	2,970 ± 0,872	
	Lisboa e Vale do Tejo (n= 45)	2,890 ± 0,855	
	Norte (n= 39)	3,103 ± 0,764	
<b>SNT</b>	Alentejo (n= 10)	2,300 ± 1,059	0,184 <sup>#4</sup>
	Centro (n= 72)	1,826 ± 0,916	
	Lisboa e Vale do Tejo (n= 45)	1,933 ± 0,945	
	Norte (n= 39)	1,718 ± 1,005	
<b>CDT</b>	Alentejo (n= 10)	2,600 ± 0,624	0,178 <sup>#4</sup>
	Centro (n= 72)	2,532 ± 0,952	
	Lisboa e Vale do Tejo (n= 45)	2,444 ± 0,948	
	Norte (n= 39)	2,820 ± 0,861	
<b>QVT</b>	Alentejo (n= 10)	2,769 ± 0,622	0,518 <sup>#5</sup>
	Centro (n= 72)	2,606 ± 0,777	
	Lisboa e Vale do Tejo (n= 45)	2,536 ± 0,805	
	Norte (n= 39)	2,759 ± 0,644	

<sup>#4</sup> Teste de Kruskal- Wallis, <sup>#5</sup> Teste One-Way Anova, \* p-value<0,05, \*\* p-value<0,1

Apesar de não existirem diferenças significativas, verifica-se que a dimensão BEG é a que apresenta uma maior diferença entre as médias amostrais, sendo a região Norte a que apresenta um maior valor de média nesta dimensão e o menor valor desta dimensão é a região de Lisboa e Vale do Tejo (tabela 5).

Nas dimensões CNT e CDT, verifica-se uma média amostral mais elevada na região Norte em contrapartida com a região Centro, que demonstra um menor valor amostral (tabela 5).

Nas dimensões RCT e QVT, verifica-se uma média amostral mais elevada na região do Alentejo, em contrapartida com a região de Lisboa e Vale do Tejo, que demonstra um menor valor amostral (tabela 5).

Na dimensão SP verifica-se uma média amostral mais elevada na região Norte, em contrapartida com a região de Lisboa e Vale do Tejo, que respetivamente demonstra um menor valor amostral (tabela 5).

Na dimensão SNT verifica-se uma média amostral mais elevada na região do Alentejo, em contrapartida com a região Norte, que respetivamente demonstra um menor valor amostral (tabela 5).

### 3.2.3. Relação estatística das 6 dimensões e QVT, com a faculdade de formação em Medicina

No estudo em questão, excluiu-se a faculdade de formação em Medicina que apresentava menos de 5 participantes. No seguimento do que foi referido, removeram-se os participantes da Universidade do Minho-Escola de Ciências da Saúde, no total de 3 participantes. Adicionalmente retiraram-se as outras faculdades que não são localizadas geograficamente em Portugal, pela possível heterogeneidade da proveniência que compõe o grupo, removendo-se assim 11 elementos, o que perfaz um total de 14 participantes.

Através de uma análise breve da tabela 6 verifica-se que, em termos de média amostral, a Universidade da Beira Interior-Faculdade de Ciências da Saúde, apresenta a melhor média amostral em todas as dimensões e QVT.

Da análise realizada, conclui-se que existem diferenças significativas entre os valores BEG e QVT com as diferentes faculdades de formação de Medicina ( $p < 0,05$ ) (tabela 6). Logo, a faculdade em que se enquadra o participante, influencia significativamente a perceção do BEG e da QVT. Se considerarmos uma significância de 10% podemos verificar uma tendência para a existência de uma relação significativa entre a dimensão SNT e a faculdade de formação em Medicina ( $p < 0,1$ ) (tabela 6).

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

**Tabela 6:** Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com a faculdade de formação em Medicina.

WRQOL	Faculdade de formação em Medicina	Média ± desvio padrão	p-value
CNT	Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde (n= 19)	3,210 ± 0,862	0,356 <sup>#5</sup>
	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina (n= 48)	2,770 ± 1,011	
	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina (n= 26)	2,897 ± 0,842	
	Universidade do Porto – Faculdade de Medicina (n= 18)	3,203 ± 0,894	
	Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (n= 2)	2,783 ± 0,987	
	Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas (n= 28)	2,798 ± 0,909	
BEG	Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde (n= 19)	3,474 ± 0,985	0,036 <sup>#4*</sup>
	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina (n= 48)	2,830 ± 0,842	
	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina (n= 26)	2,955 ± 0,849	
	Universidade do Porto – Faculdade de Medicina (n= 18)	3,343 ± 1,140	
	Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (n= 2)	3,267 ± 0,812	
	Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas (n= 28)	2,917 ± 0,901	
RCT	Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde (n= 19)	2,965 ± 0,922	0,139 <sup>#4</sup>
	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina (n= 48)	2,257 ± 0,961	
	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina (n= 26)	2,436 ± 1,053	
	Universidade do Porto – Faculdade de Medicina (n= 18)	2,796 ± 1,133	
	Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (n= 2)	2,4333 ± 0,974	
	Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas (n= 28)	2,440 ± 0,861	
SP	Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde (n= 19)	3,360 ± 0,796	0,225 <sup>#5</sup>
	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina (n= 48)	2,865 ± 0,821	
	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina (n= 26)	2,917 ± 0,726	
	Universidade do Porto – Faculdade de Medicina (n= 18)	3,231 ± 0,743	
	Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (n= 2)	2,950 ± 0,951	
	Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas (n= 28)	2,923 ± 0,848	
SNT	Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde (n= 19)	2,237 ± 1,327	0,089 <sup>#4**</sup>
	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina (n= 48)	1,542 ± 0,660	
	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina (n= 26)	2,173 ± 0,999	
	Universidade do Porto – Faculdade de Medicina (n= 18)	2,139 ± 1,186	
	Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (n= 2)	1,750 ± 0,866	
	Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas (n= 28)	1,911 ± 1,019	
CDT	Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde (n= 19)	3,017 ± 0,835	0,137 <sup>#4</sup>
	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina (n= 48)	2,514 ± 0,917	
	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina (n= 26)	2,590 ± 0,886	
	Universidade do Porto – Faculdade de Medicina (n= 18)	2,944 ± 0,902	
	Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (n= 2)	2,590 ± 0,889	
	Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas (n= 28)	2,440 ± 1,035	
QVT	Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde (n= 19)	3,044 ± 0,747	0,043 <sup>#5*</sup>
	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina (n= 48)	2,463 ± 0,693	
	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina (n= 26)	2,661 ± 0,702	
	Universidade do Porto – Faculdade de Medicina (n= 18)	2,943 ± 0,858	
	Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (n= 2)	2,630 ± 0,750	
	Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas (n= 28)	2,572 ± 0,728	

<sup>#4</sup> Teste de Kruskal-Wallis, <sup>#5</sup> Teste One-Way Anova, \* p-value<0,05, \*\* p-value<0,1

Através da análise da tabela 7, no que respeita à QVT, verifica-se que a diferença é significativa entre a Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde e a Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina (p<0.05). A Universidade da Beira

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

Interior – Faculdade de Ciências da Saúde, demonstra um valor significativamente mais elevado de QVT, quando comparado com a Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina (tabela 6 e 7).

Em relação à dimensão BEG, os resultados da tabela 7 permitem-nos concluir que, para uma significância de 10%, existe uma tendência para uma relação significativa entre os valores apresentados pela Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde e Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina ( $p < 0,1$ ). A Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde, apresenta um valor superior de BEG em relação à Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina (tabela 6).

**Tabela 7:** Comparações múltiplas da dimensão BEG e da QVT, considerando as várias faculdades de formação geral em Medicina.

	BEG	QVT
	<i>p-value</i> <sup>#6</sup>	<i>p-value</i> <sup>#7</sup>
Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina	0,077**	0,046*
Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina	0,334	0,516
Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade do Porto – Faculdade de Medicina	0,997	0,998
Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar	0,997	0,496
Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas	0,291	0,261
Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina - Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina	0,995	0,877
Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina - Universidade do Porto – Faculdade de Medicina	0,293	0,175
Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina - Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar	0,246	0,956
Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina - Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas	0,997	0,989
Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina - Universidade do Porto – Faculdade de Medicina	0,677	0,811
Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina - Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar	0,640	1,000
Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina - Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas	1,000	0,998
Universidade do Porto – Faculdade de Medicina - Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar	1,000	0,780
Universidade do Porto – Faculdade de Medicina - Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas	0,632	0,551
Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas	0,591	1,000

<sup>#6</sup> Comparações múltiplas das médias das ordens através do teste de Tukey, <sup>#7</sup> Comparações múltiplas através do teste de Tukey, \*  $p\text{-value} < 0,05$ , \*\*  $p\text{-value} < 0,1$

### 3.2.4. Relação estatística das 6 dimensões e QVT, com a Especialidade Médica

No estudo da relação estatística da especialidade médica com as 6 dimensões e a QVT, categorizou-se as especialidades em 4 grupos distintos, sendo estes: Medicina Geral e

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

Familiar, Medicina Interna, Outras Especialidades Médicas e Formação geral. Na Medicina Geral e Familiar e na Medicina Interna, dado as suas representatividades, optou-se por formar grupos separados só com participantes destas especialidades, sendo que as restantes especialidades com menor representatividade foram alocadas ao grupo denominado de Outras Especialidades Médicas. Os participantes internos de formação geral, por não terem especialidade médica, constituem o grupo de Formação Geral.

Na análise desta relação, conclui-se que apenas duas dimensões (CNT e SP) não apresentaram diferenças significativas entre os grupos em que estão inseridas as especialidades ( $p > 0,05$ ) (tabela 8). As restantes dimensões (BEG, RCT, SNT e CDT) e QVT apresentaram diferenças significativas entre os grupos em que o participante está inserido ( $p < 0,05$ ), logo, o grupo em que se enquadra o participante, influencia significativamente a perceção destas dimensões (tabela 8).

Verificou-se ainda, em termos de média amostral, que a Medicina Geral e Familiar em comparação com os restantes grupos, apresenta valores inferiores das dimensões BEG, SP e SNT e a Medicina Interna nas dimensões RCT, CNT e CDT (tabela 8). A Medicina Geral e Familiar e a Medicina Interna, apresentaram valores semelhantes de QVT (ligeiramente inferior para a Medicina Geral e Familiar) e que são inferiores em comparação com os restantes grupos (tabela 8). A Formação geral por sua vez demonstra valores superiores em todas as dimensões e de QVT (tabela 8).

**Tabela 8:** Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com os grupos de especialidades médicas.

WRQOL	Especialidade	Média ± desvio padrão	p-value
CNT	Medicina Geral e Familiar (n= 81)	2,794±0,974	0,109 <sup>#4</sup>
	Medicina Interna (n= 18)	2,667±0,977	
	Outras Especialidades Médicas (n= 66)	3,061±0,946	
	Formação geral (n=8)	3,375±0,486	
BEG	Medicina Geral e Familiar (n= 81)	2,877±0,983	0,024 <sup>#5*</sup>
	Medicina Interna (n= 18)	2,990±1,117	
	Outras Especialidades Médicas (n= 66)	3,250±0,723	
	Formação geral (n=8)	3,646±0,829	
RCT	Medicina Geral e Familiar (n= 81)	2,325±0,943	0,000 <sup>#4*</sup>
	Medicina Interna (n= 18)	1,981±0,836	
	Outras Especialidades Médicas (n= 66)	2,636±0,935	
	Formação geral (n=8)	3,750±1,004	

<sup>#4</sup> Teste de Kruskal-Wallis, <sup>#5</sup> Teste One-Way Anova, \* p-value<0,05, \*\* p-value<0,1

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

**Tabela 8:** Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com os grupos de especialidades médicas (cont).

WRQOL	Especialidade	Média ± desvio padrão	p-value
SP	Medicina Geral e Familiar (n= 81)	2,870±0,846	0,149 <sup>#4</sup>
	Medicina Interna (n= 18)	3,046±0,958	
	Outras Especialidades Médicas (n= 66)	3,056±0,781	
	Formação geral (n=8)	3,458±0,533	
SNT	Medicina Geral e Familiar (n= 81)	1,623±0,924	0,000 <sup>#4*</sup>
	Medicina Interna (n= 18)	1,889±0,719	
	Outras Especialidades Médicas (n= 66)	2,076±0,962	
	Formação geral (n=8)	3,069±1,374	
CDT	Medicina Geral e Familiar (n= 81)	2,436±0,860	0,008 <sup>#4*</sup>
	Medicina Interna (n= 18)	2,389±0,951	
	Outras Especialidades Médicas (n= 66)	2,798±0,931	
	Formação geral (n=8)	3,542±1,221	
QVT	Medicina Geral e Familiar (n= 81)	2,488±0,735	0,001 <sup>#5*</sup>
	Medicina Interna (n= 18)	2,494±0,780	
	Outras Especialidades Médicas (n= 66)	2,808±0,689	
	Formação geral (n=8)	3,472±0,824	

<sup>#4</sup> Teste de Kruskal-Wallis, <sup>#5</sup> Teste One-Way Anova, \* p-value<0,05, \*\* p-value<0,1

Pela análise da tabela 9, no que respeita à dimensão RCT, demonstrou-se uma diferença significativa entre a Formação Geral com a Medicina Interna e com a Medicina Geral e Familiar (p<0,05), sendo que a Formação Geral possui um valor significativamente mais elevado da RCT em comparação com as duas especialidades anteriores (tabela 8).

**Tabela 9:** Comparações múltiplas das dimensões BEG, RCT, SNT, CDT e QVT considerando os vários grupos das especialidades médicas.

	BEG	RCT	SNT	CDT	QVT
	p-value <sup>#7</sup>	p-value <sup>#6</sup>	p-value <sup>#6</sup>	p-value <sup>#6</sup>	p-value <sup>#7</sup>
Medicina Geral e Familiar - Medicina Interna	0,962	0,519	0,231	0,999	1,000
Medicina Geral e Familiar - Outras Especialidades Médicas	0,065 <sup>**</sup>	0,136	0,002 <sup>*</sup>	0,083 <sup>**</sup>	0,043 <sup>*</sup>
Medicina Geral e Familiar - Formação Geral	0,103	0,003 <sup>*</sup>	0,003 <sup>*</sup>	0,028 <sup>*</sup>	0,002 <sup>*</sup>
Medicina Interna - Outras Especialidades Médicas	0,704	0,038 <sup>*</sup>	0,982	0,369	0,368
Medicina Interna - Formação Geral	0,325	0,001 <sup>*</sup>	0,220	0,059 <sup>**</sup>	0,010 <sup>*</sup>
Outras Especialidades Médicas - Formação Geral	0,647	0,065 <sup>**</sup>	0,221	0,316	0,073 <sup>**</sup>

<sup>#6</sup> Comparações múltiplas das médias das ordens através do teste de Tukey, <sup>#7</sup> Comparações múltiplas através do teste de Tukey, \* p-value<0,05, \*\* p-value<0,1

Nesta dimensão, demonstrou-se ainda outra diferença significativa entre as Outras Especialidades Médicas e a Medicina Interna ( $p < 0,05$ ), sendo que a Medicina Interna, apresenta um valor significativamente menor da RCT em comparação com as Outras Especialidades Médicas (tabela 8). Ainda se consideramos uma significância de 10% ( $p < 0,1$ ), permite-nos inferir que existe uma tendência para uma relação significativa entre as Outras Especialidades Médicas e a Formação Geral, sendo que a Formação geral apresenta valores mais elevados, quando comparado com as Outras Especialidades Médicas (tabela 8).

Na dimensão SNT, demonstrou-se existir uma diferença significativa entre a Medicina Geral e Familiar com as Outras Especialidades Médicas e com a Formação Geral ( $p < 0,05$ ), sendo que a Medicina Geral e Familiar apresenta valores significativamente menores de SNT, logo, demonstra um maior stress laboral quando comparado com as Outras Especialidades Médicas e a Formação Geral (tabela 8 e 9).

Na dimensão CDT, verificou-se existir uma diferença significativa entre a Medicina Geral e Familiar a Formação Geral ( $p < 0,05$ ), demonstrando que Medicina Geral e Familiar apresenta um valor significativamente menor de CDT em relação à Formação Geral (tabela 8 e 9). Considerando-se ainda uma significância de 10% ( $p < 0,1$ ), permite-nos inferir que existe uma tendência para uma relação significativa, da Medicina Geral e Familiar com as Outras Especialidades Médicas e da Medicina Interna com a Formação Geral. Demonstra-se assim, que a Medicina Geral e Familiar apresenta um menor CDT quando comparado com as Outras Especialidades Médicas e que a Medicina Interna demonstra um menor CDT quando comparado com a Formação geral (tabela 8 e 9).

Na dimensão QVT demonstrou-se uma diferença significativa entre a Formação Geral com a Medicina Interna e com a Medicina Geral e Familiar ( $p < 0,05$ ), sendo a Formação geral a que apresenta valores significativamente mais elevados quando comparado com as duas especialidades (tabela 8 e 9). Adicionalmente demonstrou-se uma diferença significativa entre a Medicina Geral e Familiar e as Outras Especialidades Médicas ( $p < 0,05$ ), verificando-se que a Medicina Geral e Familiar apresenta valores significativamente menores quando comparado com as Outras Especialidades Médicas (tabela 8 e 9). Considerando uma significância de 10% ( $p < 0,1$ ), permite-nos concluir que parece existir uma tendência para uma relação significativa da Formação Geral com as Outras Especialidades Médicas, sendo que a Formação Geral também apresenta um valor superior de QVT (tabela 8 e 9).

Na dimensão do BEG, considerando uma significância de 10% ( $p < 0,1$ ), permite-nos inferir que existe uma tendência para uma relação significativa da Medicina Geral e Familiar com as Outras Especialidades Médicas, sendo que a Medicina Geral e Familiar demonstra um menor BEG em comparação com as Outras Especialidades Médicas (tabela 8 e 9).

### 3.2.5. Relação estatística das 6 dimensões e QVT com a categoria profissional

No estudo relativo às categorias excluíram-se as que apresentavam menos de 5 participantes. No seguimento do que foi referido, removeram-se os participantes que compõem as categorias de Assistente de Medicina Geral e Familiar/ Consultor, Assistente Hospitalar Graduado sénior e trabalhador independente, no total de 5 participantes. Adicionalmente removeu-se do estudo o grupo Interno do Internato Complementar, dada a heterogeneidade do grupo em termos de ano de frequência da especialidade, removendo-se 25 participantes, perfazendo um total de 30 participantes.

Em termos de média amostral um Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar, em comparação com as restantes categorias, apresenta um menor RCT, SP, SNT e QVT (tabela 10). Nas restantes dimensões, o Assistente de Medicina Geral e Familiar demonstrou uma menor média amostral BEG e RCT e o Consultor demonstrou menor valor amostral das CDT (tabela 10). O Interno de Ano Comum, demonstrou maior média amostral nas 6 dimensões e QVT, em comparação com os restantes grupos (tabela 10).

Através da análise dos resultados, conclui-se que existem diferenças significativas entre a categoria profissional e as dimensões BEG, RCT, SNT e QVT ( $p < 0,05$ ) (tabela 10). Portanto, estas dimensões variam significativamente com a categoria profissional.

**Tabela 10:** Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com a categoria profissional.

WRQOL	Categoria profissional	Média ± desvio padrão	p-value
CNT	Assistente de Medicina Geral e Familiar (n= 55)	2,758 ± 0,939	0,180 <sup>#4</sup>
	Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar (n=	2,407 ± 1,256	
	Assistente Hospitalar (n= 45)	3,118 ± 0,880	
	Assistente Hospitalar Graduado (n= 18)	2,963 ± 1,176	
	Consultor (n= 8)	3,250 ± 0,611	
	Interno de Ano Comum (n= 8)	3,375 ± 0,486	

<sup>#4</sup> Teste de Kruskal- Wallis, <sup>#5</sup> Teste One-Way Anova, \* p-value<0,05, \*\* p-value<0,1

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

**Tabela 10:** Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com a categoria profissional.

WRQOL	Categoria profissional	Média ± desvio padrão	p-value
<b>BEG</b>	Assistente de Medicina Geral e Familiar (n= 55)	2,754 ± 0,967	0,038 <sup>#5*</sup>
	Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar (n=	2,815 ± 1,091	
	Assistente Hospitalar (n= 45)	3,081 ± 0,861	
	Assistente Hospitalar Graduado (n= 18)	3,370 ± 0,733	
	Consultor (n= 8)	2,958 ± 0,547	
	Interno de Ano Comum (n= 8)	3,646 ± 0,910	
<b>RCT</b>	Assistente de Medicina Geral e Familiar (n= 55)	2,230 ± 0,962	0,015 <sup>#4*</sup>
	Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar (n=	2,481 ± 0,899	
	Assistente Hospitalar (n= 45)	2,533 ± 1,001	
	Assistente Hospitalar Graduado (n= 18)	2,481 ± 0,895	
	Consultor (n= 8)	2,042 ± 0,602	
	Interno de Ano Comum (n= 8)	3,750 ± 1,004	
<b>SP</b>	Assistente de Medicina Geral e Familiar (n= 55)	2,773 ± 0,820	0,100 <sup>#5**</sup>
	Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar (n=	2,592 ± 1,048	
	Assistente Hospitalar (n= 45)	3,119 ± 0,760	
	Assistente Hospitalar Graduado (n= 18)	3,000 ± 0,950	
	Consultor (n= 8)	2,813 ± 0,852	
	Interno de Ano Comum (n= 8)	3,458 ± 0,533	
<b>SNT</b>	Assistente de Medicina Geral e Familiar (n= 55)	1,700 ± 0,951	0,002 <sup>#4*</sup>
	Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar (n=	1,167 ± 0,353	
	Assistente Hospitalar (n= 45)	1,989 ± 0,843	
	Assistente Hospitalar Graduado (n= 18)	1,917 ± 1,0744	
	Consultor (n= 8)	1,437 ± 0,563	
	Interno de Ano Comum (n= 8)	3,062 ± 1,374	
<b>CDT</b>	Assistente de Medicina Geral e Familiar (n= 55)	2,376 ± 0,882	0,045 <sup>#4</sup>
	Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar (n=	2,370 ± 0,772	
	Assistente Hospitalar (n= 45)	2,718 ± 0,937	
	Assistente Hospitalar Graduado (n= 18)	2,759 ± 0,982	
	Consultor (n= 8)	2,250 ± 0,750	
	Interno de Ano Comum (n= 8)	3,541 ± 1,221	
<b>QVT</b>	Assistente de Medicina Geral e Familiar (n= 55)	2,432 ± 0,721	0,003 <sup>#5*</sup>
	Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar (n=	2,306 ± 0,771	
	Assistente Hospitalar (n= 45)	2,760 ± 0,718	
	Assistente Hospitalar Graduado (n= 18)	2,749 ± 0,759	
	Consultor (n= 8)	2,458 ± 0,461	
	Interno de Ano Comum (n= 8)	3,472 ± 0,824	

<sup>#4</sup> Teste de Kruskal- Wallis, <sup>#5</sup> Teste One-Way Anova, \* p-value<0,05, \*\* p-value<0,1

Na dimensão do BEG, se considerarmos uma significância de 10% ( $p < 0,1$ ) para esta dimensão, permite-nos concluir que existe uma tendência para uma relação significativa entre o Assistente de Medicina Geral e Familiar e o Interno de Ano Comum (tabela 11). O Interno de Ano Comum apresenta um maior valor nesta dimensão em relação ao Assistente de Medicina Geral e Familiar (tabela 10).

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

No que respeita às dimensões RCT, a diferença mostrou-se ser significativa entre o Interno de Ano Comum com o Assistente de Medicina Geral e Familiar e com o Consultor ( $p < 0.05$ ), sendo que o Interno de Ano Comum apresenta valores significativamente mais elevados de RCT em relação às duas categorias referidas anteriormente (tabela 10 e 11). Considerando uma significância de 10% ( $p < 0,1$ ) para a dimensão RCT, permite-nos adicionalmente concluir que existe uma tendência para uma relação significativa entre o Interno de Ano Comum e o Assistente Hospitalar, sendo que o Interno de Ano Comum, apresenta um maior valor nesta dimensão em comparação com o Assistente Hospitalar (tabela 10 e 11).

**Tabela 11:** Comparações múltiplas das dimensões BEG, RCT, SNT e QVT, considerando as várias categorias profissionais.

	BEG	RCT	SNT	CDT	QVT
	p-value <sup>#7</sup>	p-value <sup>#6</sup>	p-value <sup>#6</sup>	p-value <sup>#6</sup>	p-value <sup>#7</sup>
Assistente de Medicina Geral e Familiar - Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar	1,000	0,943	0,471	1,000	0,997
Assistente de Medicina Geral e Familiar - Assistente Hospitalar	0,459	0,639	0,195	0,385	0,218
Assistente de Medicina Geral e Familiar - Assistente Hospitalar Graduado	0,122	0,875	0,968	0,599	0,591
Assistente de Medicina Geral e Familiar - Consultor	0,991	0,991	0,994	1,000	1,000
Assistente de Medicina Geral e Familiar - Interno de Ano Comum	0,097**	0,006*	0,019*	0,046*	0,003*
Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar - Assistente Hospitalar	0,964	1,000	0,033*	0,933	0,520
Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar - Assistente Hospitalar Graduado	0,653	1,000	0,287	0,930	0,664
Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar - Consultor	0,999	0,863	0,945	1,000	0,998
Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar - Interno de Ano Comum	0,401	0,282	0,003*	0,251	0,014*
Assistente Hospitalar - Assistente Hospitalar Graduado	0,857	1,000	0,947	1,000	1,000
Assistente Hospitalar - Consultor	0,999	0,727	0,498	0,785	0,886
Assistente Hospitalar - Interno de Ano Comum	0,573	0,075**	0,365	0,428	0,112
Assistente Hospitalar Graduado - Consultor	0,888	0,813	0,918	0,795	0,934
Assistente Hospitalar Graduado - Interno de Ano Comum	0,979	0,135	0,176	0,615	0,179
Consultor - Interno de Ano Comum	0,643	0,022*	0,054**	0,154	0,063**

<sup>#6</sup> Comparações múltiplas das médias das ordens através do teste de Tukey, <sup>#7</sup> Comparações múltiplas através do teste de Tukey, \* p-value < 0,05, \*\* p-value < 0,1

Na dimensão SNT, demonstrou-se existir uma diferença significativa entre o Interno de Ano Comum com o Assistente de Medicina Geral e Familiar e com o Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar ( $p < 0.05$ ) (tabela 11). O Interno de Ano Comum,

apresenta valores significativamente mais elevados de SNT em relação às duas categorias referidas anteriormente, sendo assim, o Interno de Ano Comum está sujeito a um menor stress laboral (tabela 10). Verificou-se também existir uma diferença significativa entre o Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar com o Assistente Hospitalar ( $p < 0.05$ ), em que o Assistente Hospitalar demonstrou um valor significativamente mais elevado de SNT em relação ao Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar, logo, este último é sujeito a maior stress laboral (tabela 10 e 11). Considerando uma significância de 10% ( $p < 0,1$ ) para a dimensão SNT, permite-nos concluir que existe uma tendência para uma relação significativa, entre Consultor e o Interno de Ano Comum, sendo que o Interno de Ano Comum, apresenta um maior valor nesta dimensão, logo um menor stress laboral (tabela 10 e 11).

Na dimensão do CDT, demonstrou-se existir uma diferença significativa entre o Interno de Ano Comum e o Assistente de Medicina Geral e Familiar ( $p < 0.05$ ), sendo que o Interno de Ano Comum apresenta valor significativamente mais elevado de CDT em relação ao Assistente de Medicina Geral e Familiar (tabela 10 e 11).

No estudo da QVT, demonstrou-se existir uma diferença significativa entre o Interno de Ano Comum com o Assistente de Medicina Geral e Familiar e com o Assistente Graduado de Medicina Geral ( $p < 0.05$ ), sendo que o Interno de Ano Comum apresenta um valor significativamente mais elevado de QVT em relação a ambos os assistentes (tabela 10 e 11). Considerando uma significância de 10% ( $p < 0,1$ ), permite-nos concluir que existe uma tendência para uma relação significativa, entre Consultor e o Interno de Ano Comum, sendo que o Interno de Ano Comum, apresenta um maior valor nesta dimensão, logo um menor stress laboral (tabela 10 e 11).

### 3.2.6. Relação estatística das 6 dimensões e QVT com ter cargo de chefia

No estudo desta relação, verificou-se que os participantes que têm cargo de chefia em comparação com os participantes que não têm cargo de chefia, apresentam uma média amostral superior de CNT, SP e menor de RCT, SNT e CDT. As dimensões QVT e BEG em termos de valores de média amostral, são semelhantes entre ambos os grupos de participantes (tabela 12).

No estudo da relação estatística, conclui-se que existem diferenças significativas das dimensões SNT e CNT entre as pessoas que ocupam ou não cargos de chefia ( $p < 0,05$ ) (tabela 12). Na dimensão CNT é possível concluir que esta é significativamente superior

nos participantes que tem cargo de chefia, enquanto que na dimensão SNT esta é menor, estando assim sujeitos a um maior stress laboral em comparação com os participantes que não têm cargo de chefia (tabela 12).

**Tabela 12:** Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com ter um cargo de chefia.

WRQOL	Cargo de chefia	Média ± desvio padrão	p-value
CNT	Não (n= 149)	2,846 ± 0,914	0,015 <sup>#1*</sup>
	Sim (n= 25)	3,305 ± 1,129	
BEG	Não (n= 149)	3,067 ± 0,920	0,982 <sup>#2</sup>
	Sim (n= 25)	3,062 ± 0,953	
RCT	Não (n= 149)	2,494 ± 0,989	0,429 <sup>#1</sup>
	Sim (n= 25)	2,347 ± 0,985	
SP	Não (n= 149)	2,970 ± 0,790	0,476 <sup>#1</sup>
	Sim (n= 25)	3,090 ± 1,041	
SNT	Não (n= 149)	1,943 ± 1,001	0,040 <sup>#1*</sup>
	Sim (n= 25)	1,562 ± 0,888	
CDT	Não (n= 149)	2,615 ± 0,960	0,808 <sup>#1</sup>
	Sim (n= 25)	2,570 ± 0,859	
QVT	Não (n= 149)	2,658 ± 0,755	0,998 <sup>#2</sup>
	Sim (n= 25)	2,656 ± 0,805	

<sup>#1</sup> Teste de Mann-Whitney, <sup>#2</sup> Teste t para amostras independentes, \* p-value<0,05, \*\* p-value<0,1

### 3.2.7. Relação estatística das 6 dimensões e QVT com o contexto da prática clínica

No estudo desta relação estatística, conclui-se que não existem diferenças significativas entre as dimensões e QVT e o contexto de prática clínica ( $p > 0,05$ ), portanto, estas dimensões não variam em função do contexto de atuação clínica (tabela 13). Se consideramos uma significância de 10% ( $p < 0,1$ ), permite-nos verificar uma tendência para a existência de relação significativa entre o contexto da prática clínica e a BEG. Verificamos ainda, que no contexto privado, o BEG toma o valor mais elevado, sendo o valor mais baixo nos participantes que têm atividade pública e privada (tabela 13).

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

**Tabela 13:** Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com o contexto da prática clínica.

WRQOL	Contexto da prática clínica	Média ± desvio padrão	p-value
CNT	Público (n= 135)	2,916 ± 0,930	0,310 <sup>#4</sup>
	Privado (n=5)	3,667 ± 1,334	
	Público e Privado (n= 33)	2,768 ± 0,980	
BEG	Público (n= 135)	3,067 ± 0,919	0,066 <sup>#4**</sup>
	Privado (n=5)	4,033 ± 0,938	
	Público e Privado (n= 33)	2,919 ± 0,870	
RCT	Público (n= 135)	2,480 ± 0,975	0,503 <sup>#4</sup>
	Privado (n=5)	3,200 ± 1,789	
	Público e Privado (n= 33)	2,343 ± 0,876	
SP	Público (n= 135)	3,003 ± 0,794	0,495 <sup>#4</sup>
	Privado (n=5)	1,661 ± 1,427	
	Público e Privado (n= 33)	2,853 ± 0,859	
SNT	Público (n= 135)	1,867 ± 1,001	0,451 <sup>#4</sup>
	Privado (n=5)	2,400 ± 1,342	
	Público e Privado (n= 33)	1,910 ± 0,888	
CDT	Público (n= 135)	2,580 ± 0,931	0,237 <sup>#4</sup>
	Privado (n=5)	3,600 ± 1,673	
	Público e Privado (n= 33)	2,580 ± 0,810	
QVT	Público (n= 135)	2,653 ± 0,736	0,428 <sup>#8</sup>
	Privado (n=5)	3,390 ± 1,345	
	Público e Privado (n= 33)	2,562 ± 0,726	

<sup>#4</sup> Teste de Kruskal- Wallis, <sup>#8</sup> Teste robusto de Welch, \* p-value<0,05, \*\* p-value<0,1

Verifica-se que apesar de não ser significativo, todas as dimensões estudadas apresentam em termos de média amostral valores mais elevados no contexto privado, exceto quando analisamos a SP, que se apresenta mais elevada no contexto público.

### 3.2.8. Relação estatística das 6 dimensões e QVT com a infeção por SARS-COV2

Neste caso excluiu-se o grupo que apresentava menos de 5 participantes. No seguimento do que foi referido, removeram-se os participantes que obtiveram teste positivo assintomático, no total de 1 participante.

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

No estudo desta relação estatística, conclui-se que não existe uma relação significativa entre as 6 dimensões e QVT e ter ou não infeção por SARS-COV2 ( $p > 0,05$ ), portanto, estas dimensões não variam em função da infeção por SARS-COV2 (tabela 14). Apesar de não ser significativa, a média amostral apresenta-se mais elevada em todas as dimensões e na QVT no participante que não foi infetado em detrimento do participante que foi infetado.

**Tabela 14:** Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com ter ou não infeção por SARS-COV2.

WRQOL	Infeção por SARS-COV2	Média ± desvio padrão	<i>p-value</i>
CNT	Não (n= 148)	2,923 ± 0,943	0,579 <sup>#1</sup>
	Sim (n= 24)	2,778 ± 1,043	
BEG	Não (n= 148)	3,090 ± 0,906	0,435 <sup>#2</sup>
	Sim (n= 24)	2,491 ± 1,040	
RCT	Não (n= 148)	2,487 ± 0,960	0,424 <sup>#1</sup>
	Sim (n= 24)	2,375 ± 1,172	
SP	Não (n= 148)	3,010 ± 0,811	0,625 <sup>#1</sup>
	Sim (n= 24)	2,833 ± 0,944	
SNT	Não (n= 148)	1,920 ± 0,985	0,199 <sup>#1</sup>
	Sim (n= 24)	1,729 ± 1,063	
CDT	Não (n= 148)	2,601 ± 0,933	0,706 <sup>#1</sup>
	Sim (n= 24)	2,611 ± 1,048	
QVT	Não (n= 148)	2,671 ± 0,735	0,442 <sup>#2</sup>
	Sim (n= 24)	2,542 ± 0,905	

<sup>#1</sup> Teste de Mann-Whitney, <sup>#2</sup> Teste t para amostras independentes, \*  $p\text{-value} < 0,05$ , \*\*  $p\text{-value} < 0,1$

### 3.2.9. Relação estatística das 6 dimensões e QVT com isolamento por SARS-COV2

No estudo desta relação estatística, conclui-se que não existem diferenças significativas entre as dimensões e QVT e o isolamento por SARS-COV2 ( $p > 0,05$ ), portanto os valores destas dimensões não variam em função de isolamento por SARS-COV2 (tabela 15).

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

**Tabela 15:** Relação estatística das 6 dimensões da escala e QVT da WRQOL com o isolamento por SARS-COV2.

WRQOL	Isolamento por SARS-COV2	Média ± desvio padrão	p-value
CNT	Não (n= 116)	2,922 ± 0,901	0,712 <sup>#1</sup>
	Sim (n= 57)	2,863 ± 1,067	
BEG	Não (n= 116)	3,050 ± 0,882	0,743 <sup>#2</sup>
	Sim (n= 57)	3,104 ± 1,015	
RCT	Não (n= 116)	2,471 ± 0,919	0,933 <sup>#1</sup>
	Sim (n= 57)	2,470 ± 1,131	
SP	Não (n= 116)	2,996 ± 0,789	0,692 <sup>#1</sup>
	Sim (n= 57)	2,964 ± 0,915	
SNT	Não (n= 116)	1,879 ± 0,984	0,939 <sup>#1</sup>
	Sim (n= 57)	1,911 ± 1,027	
CDT	Não (n= 116)	2,640 ± 0,887	0,354 <sup>#1</sup>
	Sim (n= 57)	2,536 ± 1,065	
QVT	Não (n= 116)	2,660 ± 0,688	0,849 <sup>#1</sup>
	Sim (n= 57)	2,641 ± 0,897	

<sup>#1</sup> Teste de Mann-Whitney, <sup>#2</sup> Teste t para amostras independentes, \* p-value<0,05, \*\* p-value<0,1

Apesar de não demonstrar diferenças significativas, a média amostral é mais elevada em praticamente todas as dimensões e na QVT, no participante que não foi submetido a isolamento. A exceção é na dimensão SNT, em que o valor médio amostral foi maior nos participantes que foram sujeitos a isolamento, logo, estiveram expostos a menor stress laboral.

## 4. Discussão

A QVT percebida pelo médico tem um enorme impacto na qualidade dos serviços prestados à população. Nessa medida, torna-se premente avaliar a mesma, de forma a compreender este conceito multidimensional e identificar possíveis variáveis que modelam esta mesma. Este estudo propôs-se a isso mesmo, a identificar algumas possíveis variáveis e questionar a relevância destas no estudo da QVT percebida pelo médico. Aplicou-se o questionário derivado do WRQOL à população médica de Portugal, permitindo a análise dos domínios relativos ao trabalho e extratrabalho, de forma a fornecer informação quantitativa sobre o estado ocupacional desta profissão e possivelmente direcionar futuras intervenções que visam o bem-estar dos médicos portugueses.

Na aplicação do questionário, a subescala com menor pontuação foi SNT (1,89±0.99), sendo assim, o stress enfrentado por estes profissionais é destacado como um fator importante de perda de QVT, pois o “*burnout*” é uma realidade cada vez mais presente e que tem como base o stress profissional (21–23). Segundo estudos anteriores com esta mesma metodologia, os médicos portugueses deste estudo, apresentam uma perceção de stress laboral superior aos outros grupos estudados (tabela 16).

**Tabela 16:** Tabela comparativa dos estudos realizados com a escala WRQOL e as suas dimensões.

Autores	População alvo	Ano	Amostra	SP	CNT	RCT	BEG	SNT	CDT
<b>Estudo atual</b>	Médicos Portugal	2022	173	2,99	2,91	2,47	3,07	1,89	2,61
<b>Mohammad (26)</b>	Médicos de Medicina Geral e Familiar Irão	2020	53	2,90	3,16	2,29	3,11	3,09	2,89
<b>Muhammad (3)</b>	Médicos Cirurgia Geral EUA	2017	738	3,77	3,24	3,13	3,33	2,39	3,79
<b>Dai (38)</b>	Enfermeiras Taiwan	2016	243	3,57	3,39	3,42	3,25	3,46	3,33
<b>H. Kahyaoglu</b>	Enfermeiras sem síndrome pré-menstrual Turquia	2016	83	3,3	3,4	3,1	3,3	2,8	2,9
<b>Sut (39)</b>	Enfermeiras com síndrome pré-menstrual Turquia	2016	51	3	2,9	2,6	2,7	2,5	2,4

Fonte: Adaptado de (3)

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

**Tabela 16:** Tabela comparativa dos estudos realizados com a escala WRQOL e as suas dimensões (cont.)

Autores	População alvo	Ano	Amostra	SP	CNT	RCT	BEG	SNT	CDT
<b>Mazloumi</b> (40)	Condutores de Locomotivas de Irão	2014	100	3,21	3,04	2	3,62	4,29	1,37
<b>J.G. Opollo</b> (41)	Enfermeiras Uganda	2014	146	3,53	--	2,46	--	--	--
<b>Easton</b> (42)	Polícia Reino Unido	2013	615	3,09	2,98	2,77	3,12s	2,6	2,81
<b>XiaoWen Zhao</b> (43)	Enfermeiros China	2012	733	3,48	3,29	3,34	3,34	3,21	3,33
<b>Edwards</b> (44)	Funcionários de Ensino Superior	2009	2582	3,43	3,39	3,52	3,44	3,62	3,62

Fonte: Adaptado de (3)

Apesar disso, o BEG surge com uma pontuação mais elevada ( $3,07 \pm 0,92$ ), mas como foi possível perceber, na aplicação da escala Likert de 1 a 5, este valor não se aproxima dos dois valores superiores da escala. Permite-nos concluir que o BEG é a mais bem pontuada das dimensões, mas a forma como esta é percebida é ainda baixa, mas não se destaca em comparação aos estudos que utilizaram a mesma metodologia (tabela 16). Corroborando com esta conclusão, o valor obtido de QVT de  $2,66 \pm 0,76$ , foi o segundo mais baixo dos estudos apresentados (tabela 16). A percepção baixa da QVT, deve-se em grande medida à pontuação do SNT, que é a menor das restantes dimensões, contudo, as outras dimensões também não têm uma pontuação muito elevada. Conclui-se, que é importante intervir nas variáveis que influenciam estas dimensões, nomeadamente a SNT, uma vez que foi a dimensão que obteve uma menor classificação, de forma a aumentar a QVT percebida pelo médico e posteriormente atuar nas restantes dimensões.

Na participação deste estudo, obteve-se um número maior de participantes do género feminino (60,12%), sendo este valor concordante com o género mais representativo na profissão médica que é o feminino (19). No estudo da inferência do género com as 6 dimensões e com a QVT percebida pelo médico, não se verificou diferenças significativas entre ambos os géneros, contrariando alguns estudos realizados em que se destacam algumas diferenças entre ambos (3,20,45,46). Contudo, verifica-se que o género masculino apresenta médias amostrais mais elevadas das dimensões RCT, SNT, CDT e CNT o que demonstra uma tendência por parte dos participantes do género masculino a demonstrarem interesse em melhorar as condições de trabalho e consequentemente apresentam melhores valores de condições laborais, melhor equilíbrio entre família e trabalho, como já destacado em trabalhos anteriores (20,47). Os participantes do género

feminino por sua vez demonstram uma tendência devido a apresentarem uma maior média amostral de SP e BEG, focando-se estes participantes na potencialização do bem-estar e da satisfação com a vida em geral (15,45,48). Ainda no género feminino, as restantes dimensões como RCT, SNT, CDT e CNT, foram menos pontuadas em contrapartida com o género masculino, demonstrando tendencialmente aspetos como as condições laborais, carreira profissional, conflito entre os ambientes casa-trabalho e stress laboral, como sendo fatores potencializadores para uma diminuição da performance, maior “*burnout*”, conseqüentemente um maior absentismo e menor comprometimento laboral (45,47,49,50).

No estudo da relação da idade, verificou-se que tem uma correlação negativa da RCT e com SNT com a idade, apoiando esta relação com artigos publicados (4,8,20) e de certa forma, contrariando a percepção de alguns artigos que destacam as idades mais jovens como estando mais relacionadas ao stress e “*burnout*”(21,22). Sendo assim, o stress sentido pelo Profissional é tanto maior quanto mais avançada for a idade, provavelmente pela quantidade de trabalho atribuído e as funções de responsabilidade que desempenham, como orientação dos novos médicos, bem como, atividades clínicas mais exigentes e concordantes com a sua experiência e formação. Demonstra-se também uma menor RCT nos profissionais mais velhos, existindo dificuldades em equilibrar tarefas laborais com a família. Estas duas dimensões, deverão ser tidas em conta, pois são médicos com experiência, com elevado expertise e conhecimentos importantes para o desempenho das suas funções e de tutoria para os colegas mais jovens, portanto, pilares importantes para a prestação de cuidados de qualidade à população. Apesar de existirem artigos a destacar a QVT percebida pelos médicos jovens, no estudo realizado, não nos foi possível inferir nada nesse sentido (16–18).

No estudo da relação das 6 dimensões e a QVT com as regiões, não foi possível obter diferenças significativas. Contudo, verifica-se em termos de média amostral que o Norte demonstrou valores mais elevados em 4 dimensões das 6 estudadas, sendo estas CNT, SP, CDT e BEG, sendo esta última dimensão aquela que demonstrou mais diferença entre as médias amostrais. O Alentejo, por sua vez apresentou média amostral superior quanto às dimensões SNT, RCT e QVT. Na dimensão SNT, o Norte apesar de ter uma relação positiva com as médias amostrais anteriormente destacadas, demonstra possuir um valor mais baixo de média amostral de SNT, sendo assim, o stress percecionado pelos médicos é mais intenso no Norte do país, seguindo-se o Centro. Esta inferência é concordante com estudos ao nível nacional sobre o “*burnout*”, em que também foi demonstrado que o Norte apresenta um valor mais elevado (21,23). O stress sentido pelos médicos poderá advir do exercício da profissão em condições subótimas para a

prestação dos cuidados de saúde, que no caso do Centro do país, poderá advir de uma falta de médicos com conseqüente sobrecarga dos existentes e no Norte pela provável maior procura pelos serviços médicos, dado o tamanho da população que abrange (51).

Na inferência da relação do estudo da faculdade de formação em Medicina, com as 6 dimensões e a QVT, verificou-se existir uma relação significativa entre BEG, QVT e SNT ( $p < 0,1$ ). Verificou-se assim, que a Universidade da Beira Interior-Faculdade de Ciências da Saúde, demonstrou um maior QVT ( $p < 0,05$ ), BEG e SNT ( $p < 0,1$ ), face à Universidade de Coimbra-Faculdade de Medicina. Esta inferência poderá estar relacionada com a metodologia de ensino e as possíveis variáveis curriculares, que poderá capacitar os participantes para um melhor desempenho nas dimensões SNT, BEG e na obtenção de uma melhor QVT. Esta consideração metodológica e curricular, deve ser considerada com precaução, uma vez que não foi incluída a outra faculdade que apresenta uma metodologia similar, Universidade do Minho-Escola de Ciências da Saúde. Poderão existir outras condicionantes que também expliquem os valores superiores registados em todas as dimensões e da QVT face às restantes faculdades, mas dada a escassez bibliográfica, deverá ser sujeita a futuras investigações, para estudo desta relação entre a faculdade de formação em Medicina e as dimensões e a QVT.

Na inferência estatística da especialidade sobre as 6 dimensões e a QVT, verificou-se que o grupo Formação Geral, constituído pelos internos de formação geral, apresentaram níveis significativamente mais elevados de RCT, SNT, CDT e QVT quando comparado com os grupos de Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar, apresentando estes dois grupos os valores mais baixos em relação aos restantes grupos. Na dimensão RCT, verifica-se que a Formação Geral adicionalmente demonstra uma RCT significativamente mais elevada que a Outras Especialidades Médicas. Os resultados observados no grupo Formação Geral, provavelmente são suportados pelo facto de estarem menos tempo nos serviços, devido à necessidade de rotatividade imposta pelo programa de formação, permitindo dessa forma que estes permaneçam menos tempo expostos a alguns dos problemas a que são sujeitos os grupos que têm especialidades (52). O grupo de Medicina Interna demonstrou em termos de média amostral, menor RCT, CDT e CNT, face aos restantes grupos, resultado que poderá estar associado ao número de horas de trabalho, de urgências hospitalares e turnos noturnos realizados (12). A Medicina Geral e Familiar, contrariando em parte o que anteriormente tinha sido exposto, demonstra em termos de média amostral um baixo SNT, SP e QVT, em relação aos outros grupos. Poderá estar relacionado com fatores extrínsecos, como organização/gestão do trabalho, apoio diretivo, remuneração e o tempo necessário para a família e trabalho (8,53–55). O grupo Outras Especialidades Médicas, demonstrou ter

um significativamente maior BEG, SNT, CDT ( $p < 0,1$ ) e QVT, em comparação com a Medicina Geral e Familiar. Contudo, este grupo é heterogéneo em termos de especialidades médicas, podendo estar associado a este uma multiplicidade de razões inerentes a cada campo específico de atuação clínica da especialidade que compõe este grupo. O grupo Outras especialidades deverá ser sujeito a uma nova linha de investigação, devido ao n limitado de participantes de cada especialidade, para além das especialidades de Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar, não permitiu uma análise adequada sobre as 6 dimensões referidas e da QVT para cada especialidade que compõe o grupo em causa.

Na categoria profissional, verifica-se que em termos de média amostral das 6 dimensões e da QVT, quando comparado ao nível extra-hospitalar, a categoria Assistente de Medicina Geral e Familiar com a categoria superior Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar, esta possui uma maior média amostral de 4 dimensões e a QVT. Esta mesma relação verifica-se, de forma menos acentuada, quando comparadas as categorias hospitalares, o Assistente Hospitalar com a sua categoria superior, o Assistente Hospitalar Graduado. Conclui-se assim, através das médias amostrais, que parece demonstrar-se uma tendência, de que quanto maior for a categoria, quando comparado com os seus correspondentes inferiores, quer no âmbito extra-hospitalar ou hospitalar, verifica-se de uma forma geral, uma diminuição de algumas das dimensões e da QVT, como analisado noutras referências (8,21). Provavelmente, relacionado com as funções e responsabilidades decorrentes da ocupação dos cargos superiores, que vão influenciar as dimensões e a QVT percecionadas, ou seja, as condições dos cargos superiores a longo termo, não serão as adequadas para o desempenho das suas funções, culminando numa deterioração da sua atividade profissional. Estas conclusões poderão provavelmente sugerir que não existe interesse por parte dos profissionais, de evoluírem profissionalmente, isto é, não há incentivo para a evolução da carreira, uma vez que se obterá um decréscimo da sua qualidade em relação às 6 dimensões e à QVT, corroborado esta tendência com outros estudos (56). Noutra perspetiva, para os profissionais que se encontram já nestas categorias, devido ao capital humano de elevada capacidade técnica e científica, torna-se imperativo a melhoria das suas condições, pois são importantes para o desempenho de atividades clínicas, muitas delas de elevada capacidade técnica e clínica e necessárias para a nossa sociedade.

Verificou-se também existir uma diferença significativa na dimensão SNT, entre uma das categorias extra-hospitalares, o Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar, com uma das categorias hospitalares, o Assistente Hospitalar, em que este último, demonstrou um valor significativamente mais elevado de SNT, logo menor stress

laboral, que o Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar. O Interno de Ano Comum, demonstrou uma relação significativamente superior de SNT e da QVT, quando comparado com o Assistente de Medicina Geral e Familiar, com o Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar e com o Consultor (para  $p < 0,1$ ). O Interno de Ano Comum demonstrou ainda uma relação significativamente superior quando comparado com o Assistente de Medicina Geral e Familiar para a dimensão CDT e para a dimensão BEG (para  $p < 0,1$ ). No caso em concreto do Interno de Ano Comum, como sugerido por outros artigos, está demonstrado que apesar de ser uma introdução à responsabilidade médica pelo facto de passarem a ter doentes pela primeira vez ao seu cargo, estes têm acompanhamento do seu tutor, sendo que as decisões são tomadas em conjunto, com uma responsabilidade partilhada, o que reduz consideravelmente a exigência em comparação com os seus pares especialistas (34). Além disso, devido à sua indiferenciação, é-lhes exigido um menor esforço assistencial nos cuidados de saúde que prestam, o que provavelmente contribui para uma melhor classificação das 6 dimensões e da QVT (34).

Na análise das 6 dimensões e da QVT, em função do cargo de chefia, em termos de média amostral, os participantes com cargo de chefia demonstraram um menor RCT e CDT em relação aos participantes que não têm cargo de chefia. Verificou-se ainda uma diferença significativa nos participantes que possuíam cargo de chefia, nomeadamente, demonstraram apresentar um maior CNT e um menor SNT. Sendo assim, os que têm cargo de chefia, demonstraram um maior controlo sobre as condições laborais no desempenho da sua atividade, nomeadamente na autonomia ou liberdade de decisão (20). O stress laboral é maior, mas advém provavelmente da sobrecarga por acumulação de funções e responsabilidades clínicas e de coordenação/gestão, sujeitando assim a um maior número de horas laborais (menores CDT) prejudicando o equilíbrio casa-trabalho (RCT), o que por sua vez proporciona um maior desgaste ao longo do tempo, culminando com uma diminuição da resiliência ao stress, como já foi inferido em outros artigos (2,8,11,20).

No estudo da inferência do contexto de atuação clínica, verificou-se que a maioria da amostra era composta por participantes com atividade exclusivamente pública (78,03%). Verificou-se que o contexto privado demonstra uma média amostral mais elevada em todas as dimensões exceto na SP, que demonstrou ser superior no contexto público. Esta observação da SP ser mais elevada no contexto público, é concordante com outras referências (19) e poderá ser um dos motivos pelo qual fixe os profissionais na atividade clínica pública. Com uma significância de 10%, verificou-se que parece existir uma relação significativa entre as variáveis BEG e o contexto de atuação clínico. Partindo

desse pressuposto, os que têm apenas atividade clínica no setor privado, demonstraram um maior BEG face aos restantes grupos, apoiando os artigos que demonstram a influência positiva da atividade privada nessa dimensão (19,28). Contudo, nesta análise anterior, o grupo que atua apenas ao nível privado é composto por 5 elementos, o que pode levar a algum enviesamento do resultado estatístico, portanto, esta conclusão deve ser vista com alguma reserva. Com resultados menos satisfatórios nesta dimensão, estão os participantes que apresentam atividade simultânea em ambos os contextos. Estes profissionais que completam a sua atividade pública com a privada, estão sujeitos provavelmente a mais horas laborais, menor bem-estar físico/psicológico e consequentemente a um provável desequilíbrio da dualidade casa-trabalho. Verificando-se ao longo do tempo uma provável progressão para uma atividade apenas no setor privado, como comprovado por outros estudos, mas se existirem determinadas condições (remuneração, tipo de contrato, número de horas, perspectiva de carreira) ao nível do serviço público, provavelmente os participantes não sentirão necessidade de transitar para o setor privado (19,56).

A infeção por SARS-COV2 e o isolamento profilático não demonstraram relação estatística com as 6 dimensões e a QVT. Apesar de existirem diferenças em termos de média amostral nas dimensões e na QVT, sendo os valores geralmente superiores para os participantes que não tiveram infeção e não foram sujeitos ao isolamento profilático, os mesmos não se revelaram significativos. Sendo assim, contrariou alguns estudos desenvolvidos em Portugal, que demonstraram impacto significativo da QVT dos profissionais de saúde (30,32). Conclui-se então, que estas novas variáveis não influenciaram significativamente a perceção destas dimensões e da QVT, portanto, as variáveis que influenciaram estas perceções já estariam presentes no quotidiano médico.

Este trabalho enfrentou uma série de desafios, sendo o primeiro o de “vencer” a sobrecarga de questionários a que os profissionais de saúde são expostos. Como segundo, poderíamos apontar o facto de não ter sido atingida a divulgação pretendida. Estas razões combinadas, levaram a que se obtivesse um n de 173 participantes. Ainda assim, consideramos a dimensão da amostra obtida suficiente por forma a retirarmos algumas conclusões sobre a temática em estudo, não descartando por completo a possibilidade da existência de algum enviesamento dos resultados.

Nas limitações do trabalho é importante salientar as alterações na categorização de algumas variáveis por forma a estas poderem ser inseridas na análise, o que por vezes pode introduzir um viés nas relações estatísticas. Um exemplo dessa categorização é o estudo da relação das especialidades com as 6 dimensões e a QVT, que devido a ter um

n baixo para cada uma das especialidades, que não Medicina Interna ou Medicina Geral e Familiar, foram agrupados nas “Outras especialidades”, o que impossibilitou um estudo estatístico individualizado de cada uma delas.

A variável número de anos de serviço não foi usada, pois, verificou-se durante a análise da base de dados, um preenchimento incorreto, inviabilizando assim o uso desta. Ainda referente à não utilização de alguns dados, no estudo das categorias profissionais foram removidos os internos de ano complementar, uma vez que não foi inserido no questionário o ano de formação e a especialidade que se encontram frequentar.

Na análise estatística verificou-se que algumas categorias tiveram de ser excluídas devido à baixa frequência ( $n < 5$ ) e por vezes dada a heterogeneidade do grupo, o que aumentou a dificuldade da realização do estudo estatístico.

Verificou-se ainda na realização desta investigação um baixo número de trabalhos ao nível nacional e ao nível internacional que exploram esta temática na população médica. Nos trabalhos existentes sobre a população médica, para além de escassos, apresentam metodologias diversas, o que dificultou a comparação dos resultados obtidos entre os diferentes trabalhos científicos.

## 5. Conclusão

O conhecimento sobre a QVT percebida pelo médico torna-se essencial no panorama de atuação clínica, sendo que esta influencia a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. A QVT é influenciada por ambos os ambientes em que o médico transita, casa e laboral. Nesse sentido, a aplicação do questionário on-line baseado na WRQOL, teve como objetivo a inserção das variáveis que relacionam estes dois ambientes. Dada esta característica de combinar ambiente laboral e de casa, adicionado à rapidez do preenchimento do questionário e importância de avaliarmos as 6 dimensões e a QVT no Médico, fica a proposta de este questionário ser usado de forma a monitorizar estes mesmos e da sua aplicação a futuras medidas que visam a melhoria contínua.

As conclusões obtidas do estudo, permitiram demonstrar que a dimensão com menor pontuação foi o SNT, o que demonstra existir um stress laboral elevado onde os profissionais médicos estão inseridos. Com as relações estatísticas obtidas, é possível inferir sobre um determinado perfil médico em risco de apresentar uma diminuição provável das 6 dimensões e da QVT. Este perfil, é o de um profissional médico, de género tendencialmente feminino, mais velho, não localizado na região Norte, a desempenhar funções de Medicina Geral e Familiar ou Medicina Interna e com categorias profissionais superiores (Consultor ou Graduado). Apesar de se tentar traçar este perfil, será necessário abordar de forma mais aprofundada, as causas que motivaram estes resultados. Questões estas que provavelmente poderão ser objeto de futuras linhas de investigação. Uma dessas linhas poderá ser o estudo das razões que determinam a influencia da faculdade de formação de base sobre a perceção das 6 dimensões e a QVT. Noutra linha de estudo, tendo em conta o n limitado de participantes de cada especialidade que compõem o grupo Outras Especialidades, será o estudo individualizado de cada uma das especialidades que compõe este grupo. Estas linhas de investigação permitirão o melhor entendimento sobre os resultados demonstrados, contribuindo para uma melhoria contínua da QVT percebida pelos médicos.

Por último, é de realçar que o SARS-COV2, a nova variável na equação desta avaliação, não influenciou significativamente as conclusões obtidas. A resposta provável e consonante com alguns estudos publicados, é que a infeção por SARS-COV2 exacerbou as fragilidades patentes, portanto, poderá ser mais uma razão para repensarmos em novos modelos de organização das nossas instituições de saúde.



## 6. Referências bibliográficas

1. Leal S, Ruivo P, Morgado S. A Systematic Literature Review of the quality of working life and employee outcomes [Internet]. Instituto Politécnico de Santarém. 2021. 65–78 p. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.15/3395>
2. Said NB, Nave F, Matos F. The quality of working life among nurses in pediatric setting. 2015;5–14.
3. Zubair MH, Hussain LR, Williams KN, Grannan KJ. Work-related quality of life of US general surgery residents: Is It Really so Bad? *J Surg Educ* [Internet]. 2017; 74(6):e138–46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2017.09.018>
4. Shukla K, Shahane S, D'Souza W. Role of demographic and job-related variables in determining work-related quality of life of hospital employees. *J Postgrad Med.* 2017;63(1):4–10.
5. Rocha LO et al; Qualidade de vida no trabalho: Um termo multiconceitual e dinâmico. *Rev Adm Empres.* 2014;45(1):96–96.
6. Martel JP, Dupuis G. Quality of work life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Soc Indic Res.* 2006;77(2):333–68.
7. Ahmad S. Paradigms of quality of work life. *J Hum Values.* 2013;19(1):73–82.
8. Ernesto C, Pereira A. Avaliação da qualidade de vida profissional nos médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar na Beira Interior [PhD thesis]. Universidade da Beira interior; 2013.
9. Abdullah NAC, Zakaria N, Zahoor N. Developments in quality of work-life research and directions for future research. *SAGE Open.* 2021;11(4).
10. Sirgy MJ, Efraty D, Siegel P, Lee DJ. A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories. *Soc Indic Res.* 2001;55(3):241–302.
11. Van Laar D, Edwards JA, Easton S. The work-related quality of life scale for healthcare workers. *J Adv Nurs.* 2007;60(3):325–33.
12. Gomes J, Silva C, Cruz A. The work-related quality of life (QoWL) scale \_ Estudo piloto para adaptação à população portuguesa. Paper presented at Universidade Católica Portuguesa; 2012 Junho, Braga, Portugal.
13. Hipp M, Pilz L, Al-Batran SE, Hautmann MG, Hofheinz RD. Workload and quality of life of medical doctors in the field of oncology in germany - A survey of the working group quality of life of the AIO for the study group of internal Oncology. *Oncol Res Treat.* 2015;38(4):154–9.

14. Thakur R, Sharma D. A study of impact of demographic variables on quality of work Life. Productivity. 2019;59(4):358–65.
15. Kabbash IA, El-Sallamy RM, Abdo SAEF, Atalla AO. Job satisfaction among physicians in secondary and tertiary medical care levels. Environ Sci Pollut Res. 2020;27(30):37565–71.
16. Prentice S, Dorstyn D, Benson J, Elliott T. Burnout Levels and Patterns in Postgraduate Medical Trainees: A systematic review and meta-analysis. Acad Med. 2020;95(9):1444–54.
17. Tong SC, Tin AS, Tan DMH, Lim JFY. The health-related quality of life of junior doctors. Ann Acad Med Singapore. 2012;41(10):444–50.
18. Storman M, Storman D, Maciąg J. Quality of work-life among young medical doctors in Poland. Int J Occup Saf Ergon. 2021;(May).
19. Ferreira M, Lopes A, Guimarães M, Barros H. A carreira médica e os fatores determinantes da saída do Serviço Nacional de Saúde. Acta Med Port. 2018;31(9):483.
20. Barros ASB de. Qualidade de vida dos médicos - Estudo exploratório no centro hospitalar. [PhD thesis]. Universidade da Beira interior; 2013.
21. Santos RS. Revisão sistemática sobre o burnout na classe médica e o seu impacto no panorama Nacional. 2018.
22. Vala J, Pinto AM, Moreira S, Al A. Burnout na classe médica em Portugal: Perspetivas psicológicas e psicossociológicas - Relatório Final: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa; 2017. 236 p.
23. Marôco J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. Burnout em profissionais da saúde Portugueses: Uma análise a nível nacional. Acta Med Port. 2016;29(1):24–30.
24. Gomes AR. Medicina geral e familiar : Do ensino à escolha da especialidade. [PhD thesis]. Universidade da Beira interior; 2011.
25. Pereira I, Veloso A, Silva IS, Costa P. Compromisso organizacional e satisfação laboral: Um estudo exploratório em unidades de saúde familiar portuguesas. Cad Saude Publica. 2017;33(4).
26. Akbarian Bafghi MJ, Zare Z, Rahimi N. Quality of work life in family physicians of Bam, Iran. J Fam Reprod Heal. 2020;14(1):32–8.
27. Leitão C. Síndrome de Burnout: A realidade entre diferentes especialidades Médico- Mirúrgicas em hospitais do Norte do País. [PhD thesis]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; 2013.
28. Ferreira VLS. Satisfação Dos Profissionais De Saúde Em Meio Hospitalar Público, Privado E Parceria Público-Privada. [PhD thesis]. Universidade Lusófona de

- Humanidades e Tecnologias Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde; Lisboa; 2015.
29. Ortega-Galán ÁM, Ruiz-Fernández MD, Lirola MJ, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, et al. Professional quality of life and perceived stress in health professionals before covid-19 in Spain: Primary and hospital care. *Healthc.* 2020;8(4):1–10.
  30. Baptista S, Teixeira A, Castro L, Cunha M, Serrão C, Rodrigues A, et al. Physician burnout in primary care during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Portugal. *J Prim Care Community Heal.* 2021;12.
  31. Maqsood MB, Islam MA, Nisa Z un, Naqvi AA, Al Qarni A, Al-karasneh AF, et al. Assessment of quality of work life (QWL) among healthcare staff of intensive care unit (ICU) and emergency unit during COVID-19 outbreak using WHOQoL-BREF. *Saudi Pharm J* [Internet]. 2021;29(11):1348–54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2021.09.002>
  32. Serrão C, Martins V, Ribeiro C, Maia P, Pinho R, Teixeira A, et al. Professional quality of life among physicians and nurses working in Portuguese hospitals during the third wave of the COVID-19 pandemic. *Front Psychol.* 2022;13(1):1–11.
  33. Easton SA, Van Laar D. User manual of the work-related quality of life scale. 2nd ed. Department of Psychology. Portsmouth: University of Portsmouth; 2018. 1–69 p.
  34. Brandão M, Cerqueira RJ, Castro-ferreira R, Bernardes C, Nobre M. Career Satisfaction of Medical Residents in Portugal. *Acta Med Port.* 2015;28(2):209-31.
  35. Spector PE. Employee control and occupational stress. *Curr Dir Psychol Sci.* 2002;11(4):133–6.
  36. Grote G, Guest D. The case for reinvigorating quality of working life research. *Hum Relations.* 2017;70(2):149–67.
  37. Kotrlik J, Williams H, Jabor K. Reporting and interpreting effect size in quantitative agricultural education research. *J Agric Educ.* 2011;52(1):132–42.
  38. Dai H Da, Tang FI, Chen IJ, Yu S. Taiwanese version of the work-related quality of life scale for nurses: Translation and validation. *J Nurs Res.* 2016;24(1):58–67.
  39. Kahyaoglu Sut H, Mestogullari E. Effect of premenstrual syndrome on work-related quality of life in Turkish nurses. *Saf Health Work.* 2016;7(1):78–82.
  40. Mazloumi A, Kazemi Z, Saraji GN, Barideh S. Quality of working life assessment among train drivers in Keshesh Section of Iran Railway. *Int J Occup Hygiene.* 2014;6(2):50–5.
  41. Opollo JG, Gray J, Spies LA. Work-related quality of life of Ugandan healthcare workers. *Int Nurs Rev.* 2014;61(1):116–23.

42. Easton S, Van Laar D, Marlow-Vardy R. Quality of working life and the police management [Internet]. 2013;3(3):135–41. Available from: <http://article.sapub.org/10.5923.j.mm.20130303.01.html>
43. Zhao X, Sun T, Cao Q, Li C, Duan X, Fan L, et al. The impact of quality of work life on job embeddedness and affective commitment and their co-effect on turnover intention of nurses. *J Clin Nurs*. 2013;22(5–6):780–8.
44. Edwards JA, Van Laar D, Easton S, Kinman G. The Work-related quality of life scale for higher education employees. *Qual High Educ*. 2009;15(3):207–19.
45. Miao Y, Li L, Bian Y. Gender differences in job quality and job satisfaction among doctors in rural western China. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1–10.
46. Gyorffy Z, Dweik D, Girasek E. Workload, mental health and burnout indicators among female physicians. *Hum Resour Health*. 2016;14(1):1–11.
47. Gomes AR, Cruz JF, Cabanelas S. Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros Portugueses. *Psicol Teor e Pesqui*. 2009;25(3):307–18.
48. Carrillo-García C, Solano-Ruíz M del C, Martínez-Roche ME, Gómez-García CI. Influência do gênero e da idade: Satisfação no trabalho de profissionais da saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(6):1314–20.
49. Santos RS. Revisão Sistemática sobre o Burnout na Classe Médica e o seu Impacto no Panorama Nacional. [PhD thesis]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Coimbra. 2018;
50. Dalprat Teixeira F, Bazanelli Prebianchi H. Comprometimento, estresse e satisfação com a vida de profissionais da saúde. *Rev Psicol Organ e Trab*. 2019;19(2):598–606.
51. Nunes AM, Matos AA de. Articulação entre a atenção primária e hospitalar em Portugal: desafio para a gestão da saúde. *Rev Gestão em Sist Saúde*. 2021;10(1):61–83.
52. Bigotte Vieira M, Godinho P, Gaibino N, Dias R, Sousa A, Madanelo I, et al. Satisfação com o internato médico em Portugal. *Acta Med Port*. 2016;29(12):839–53.
53. Passadouro R, Ferreira PL. Satisfação profissional nas unidades de saúde familiar da região Centro. *Acta Med Port*. 2016;29(11):716.
54. Pereira AC. Insatisfação profissional familiar: um problema intrínseco dos médicos. *Rev Port Clínica Geral*. 2000;16(183–99).
55. Hespanhol A. Satisfação dos profissionais do centro de saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). *Rev Port Clínica Geral*. 2008;24(6):665–70.
56. Martins MJ, Láíns I, Brochado B, Oliveira-Santos M, Pinto Teixeira P, Brandão

**Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal**

M, et al. Satisfação com a especialidade entre os internos da formação específica em Portugal. *Acta Med Port.* 2015;28(2):209.



## 7. Anexos

### Anexo 1: Questionário

#### Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho do Médico: Estudo transversal em Portugal

A investigação é organizada pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, tendo como equipa de investigação, a orientadores a Prof. Dra Anabela Almeida e o Dr. Miguel Castelo Branco e o orientando do Mestrado Integrado em Medicina, Didier Costa.

O objetivo deste estudo é conhecer a percepção que os Médicos têm da sua qualidade de vida no trabalho e compreender os fatores diretos e indirectos que afetam essa mesma experiência. De forma a concretizar estes objetivos, elaborou-se um questionário composto por uma primeira parte de 24 questões e uma segunda parte que consiste no preenchimento dos dados socio-demográficos e profissionais.

O questionário tem um tempo médio de resposta de cerca de 7 minutos.

Foram adotadas medidas organizativas e técnicas adequadas à proteção dos dados e à mitigação dos riscos. Estando assegurada a segurança, proteção, anonimato e confidencialidade de todos os dados facultados pelos participantes, em todas as fases. Os dados anonimizados serão recolhidos e utilizados exclusivamente para este estudo, para posteriormente serem publicados sob a forma de artigo científico e tese de mestrado.

Gostaríamos de convidá-lo/a a participar neste estudo, que inclui a resposta a este questionário. A participação é voluntária não sendo sujeito a qualquer tipo de benefício excepto a contribuição para comunidade académica e científica, pelo que também não terá qualquer desvantagem/risco se não pretender participar.

O sucesso deste estudo depende muito da sua colaboração, que desde já agradecemos.

Para mais esclarecimentos e informações, contacte-nos para o respetivo email: [acvm\\_questionario@gmail.com](mailto:acvm_questionario@gmail.com)

\*Obrigatório

1. Após a leitura da declaração supracitada assumo que irei colaborar livremente, que li e compreendi a informação e esclarecimentos que me foram dados, e a meu contento, acerca da minha participação, e tive tempo suficiente para me decidir e os ponderar. Sei também que nada me impede de mudar de posição, sendo que até ao momento da participação poderei manifestar o desejo de não colaborar, sem que tal implique quaisquer perdas de direitos ou acarrete prejuízos pessoais. \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim. Aceito participar de forma voluntária no respetivo estudo  
 Não aceito participar no respetivo estudo

O questionário é constituído por 24 questões e tem tendo para o seu correto preenchimento, as seguintes indicações:

	1- Discordo totalmente	2 Discordo	3- Indiferente	4- Concordo	5- Concordo totalmente
1. Tenho um conjunto claro de objectivos e metas que me permitem realizar o meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sinto que sou capaz de expressar opiniões e influenciar alterações na minha área de actividade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tenho oportunidade de usar as minhas competências no meu local de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sinto-me bem neste momento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. A entidade patronal oferece instalações adequadas e flexibilidade para conjugar o trabalho com a vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. O meu horário/padrões de trabalho actuais adequam-se às minhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sinto-me frequentemente sob pressão no local de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Quando faço um bom trabalho, o meu superior hierárquico, reconhece-o.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ultimamente tenho-me sentido infeliz e deprimido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Estou satisfeito com a minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sinto-me motivado para desenvolver novas competências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Estou envolvido em decisões que me afectam na minha própria área de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. A minha entidade patronal disponibiliza-me tudo o que preciso para realizar o meu trabalho eficazmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. O meu superior técnico promove de forma activa horários/padrões de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Em muitos aspectos, a minha vida está próxima do ideal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Trabalho num ambiente seguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

17. De forma geral, as coisas têm-me corrido bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Estou satisfeito com as minhas oportunidades de carreira disponíveis na minha organização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sinto frequentemente níveis excessivos de stress no local de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Estou satisfeito com a formação que recebo para realizar o meu trabalho actual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. De forma geral, tenho-me sentido bastante feliz ultimamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. As condições de trabalho são satisfatórias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Estou envolvido em decisões que afectam membros do público na minha própria área de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. De forma geral, estou satisfeito com a qualidade da minha vida profissional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Dados sócio-demográficos e dados relativos à atividade profissional

### 3. 1. Sexo \*

Marcar apenas uma oval.

- Feminino  
 Masculino  
 Outra

### 4. 2. Idade \*

---

### 5. 3. Faculdade de Formação Base \*

Marcar apenas uma oval.

- Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde  
 Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina  
 Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina  
 Universidade do Minho – Escola de Ciências da Saúde  
 Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas  
 Universidade do Porto – Faculdade de Medicina  
 Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar  
 Outra Universidade ou Faculdade

### 6. 4. Ano de Formação de Base \*

---

### 7. 5. Ano de Formação da Especialidade

---

### 8. 6. Especialidade \*

Marcar apenas uma oval.

- Anestesiologia  
 Angiologia e Cirurgia Vascular  
 Cardiologia  
 Cardiologia Pediátrica  
 Cirurgia Cárdiaca  
 Cirurgia Cárdiorácica  
 Cirurgia Geral  
 Cirurgia Maxilo-Facial  
 Cirurgia Pediátrica  
 Cirurgia Plástica Reco. e Est.  
 Cirurgia Torácica  
 Dermato-Venereologia  
 Doenças Infecciosas

- Endocrinologia e Nutrição  
 Estomatologia  
 Farmacologia Clínica  
 Gastroenterologia  
 Genética Médica  
 Ginecologia/Obstetrícia  
 Hematologia Clínica  
 Imunoalergologia  
 Imunohemoterapia  
 Medicina Desportiva  
 Medicina do Trabalho  
 Medicina Física e Reabilitação  
 Medicina Geral e Familiar  
 Medicina Intensiva  
 Medicina Interna  
 Medicina Legal  
 Medicina Nuclear  
 Medicina Tropical  
 Nefrologia

- Neurocirurgia  
 Neurologia  
 Neurorradiologia  
 Oftalmologia  
 Oncologia Médica  
 Ortopedia  
 Otorrinolaringologia  
 Patologia Clínica  
 Pediatria  
 Pneumologia  
 Psiquiatria  
 Psiquiatria da Infância e da Adolescência  
 Radiologia  
 Radioncologia  
 Reumatologia  
 Saúde Pública  
 Sem Especialidade (Indiferenciado)

# Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

9. 7. Número de Anos de Serviço \*

---

10. 8. Categoria profissional: \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Interno de ano comum
- Interno do internato complementar
- Assistente hospitalar
- Assistente hospitalar graduado
- Assistente hospitalar graduado sénior
- Consultor

Outra:

---

11. 9. Cargo de Chefia \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

12. 10. Principal contexto em que exerce funções \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Público
- Privado
- Público e Privado

13. 11. Desempenha principalmente as suas funções na região \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores

14. 12. Desempenha principalmente as suas funções no distrito \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Portalegre
- Porto
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores

15. 13. Já esteve infetado com o SARS-COV2 (COVID-19)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Outra:

---

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

16. 14. Esteve em isolamento profilático? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

17. Se pretender receber os resultados do estudo, preencha o campo inferior com o seu email.

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

## Anexo 2: Escala de WRQOL

**Tabela 17:** Correlação das perguntas com as 6 dimensões da escala WRQOL.

Nº	Componente	Pergunta
1	SP	Tenho um conjunto claro de objetivos e metas que me permitem realizar o meu trabalho.
2	CNT	Sinto que sou capaz de expressar opiniões e influenciar alterações na minha área de atividade.
3	SP	Tenho oportunidade de usar as minhas competências no meu local de trabalho.
4	BEG	Sinto-me bem neste momento.
5	RCT	A entidade patronal oferece instalações adequadas e flexibilidade para conjugar o trabalho com a vida familiar.
6	RCT	O meu horário/padrões de trabalho atuais adequam-se às minhas circunstâncias pessoais.
7*	SNT	Sinto-me frequentemente sob pressão no local de trabalho.
8	SP	Quando faço um bom trabalho, o meu superior hierárquico, reconhece-o.
9*	BEG	Ultimamente tenho-me sentido infeliz e deprimido.
10	BEG	Estou satisfeito com a minha vida.
11	SP	Sinto-me motivado para desenvolver novas competências.
12	CNT	Estou envolvido em decisões que me afetam na minha própria área de trabalho.
13	CDT	A minha entidade patronal disponibiliza-me tudo o que preciso para realizar o meu trabalho eficazmente.
14	RCT	O meu superior técnico promove de forma ativa horários/padrões de trabalho flexíveis.
15	BEG	Em muitos aspetos, a minha vida está próxima do ideal.
16	CDT	Trabalho num ambiente seguro.
17	BEG	De forma geral, as coisas têm me corrido bem.
18	SP	Estou satisfeito com as minhas oportunidades de carreira disponíveis na minha organização.
19*	SNT	Sinto frequentemente níveis excessivos de stress no local de trabalho.
20	SP	Estou satisfeito com a formação que recebo para realizar o meu trabalho atual.
21	BEG	De forma geral, tenho-me sentido bastante feliz ultimamente.
22	CDT	As condições de trabalho são satisfatórias.
23	CNT	Estou envolvido em decisões que afetam membros do público na minha própria área de trabalho.
24	*	De forma geral, estou satisfeito com a qualidade da minha vida profissional.

\* Questões em que os resultados são revertidos.

\*\* Não corresponde a nenhuma das dimensões, pois a questão 24 valida as restantes dimensões da WRQOL.

**Relação das dimensões com os números das questões:** SP = 1, 3, 8, 11, 18, 20;

CNT = 2, 12, 23; BEG = 4, 9, 10, 15, 17, 21; CDT = 13, 16, 22; SNT = 7, 19; RCT = 5, 6, 14,

QVT = é a média das dimensões analisadas

## Anexo 3: Aprovação pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior



comissaodeetica@ubi.pt  
Convento de Santo António  
6201-001 Covilhã | Portugal

### Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2020-085-ID2219

Na sua reunião de 9 de fevereiro de 2021 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal**” do proponente **Didier Armando Martinez da Costa**, que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2020-085.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI

A Vice-Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **GRAÇA MARIA FERNANDES  
BALTAZAR**  
Num. de Identificação: BI085775436  
Data: 2021.03.10 12:08:53 Hora padrão de GMT



(Professora Doutora Graça Maria Fernandes Baltazar)  
(Professora Associada)

## Anexo 4: Determinação da normalidade e teste de Levene

Normalidade das 6 dimensões e QVT em relação ao género do participante

**Tabela 18:** Teste de normalidade das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com o género do participante

WRQOL	Género	Teste de normalidade #2
CNT	Feminino	0,001
	Masculino	0,001
BEG	Feminino	0,075
	Masculino	0,198
RCT	Feminino	0,012
	Masculino	0,074
SP	Feminino	0,032
	Masculino	0,200
SNT	Feminino	0,000
	Masculino	0,000
CDT	Feminino	0,009
	Masculino	0,089
QVT	Feminino	0,200
	Masculino	0,200

#9 Teste de Kolmogorov-Smirnov

Normalidade das 6 dimensões e QVT em relação à idade do participante.

**Tabela 19:** Teste de normalidade das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT e da idade dos participantes

Parâmetros	Teste de normalidade#9
Idade	0,000
CNT	0,000
BEG	0,200
RCT	0,000
SP	0,026
SNT	0,000
CDT	0,000
QVT	0,200

#9 Teste de Kolmogorov-Smirnov

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

Normalidade e teste de Levene, das 6 dimensões e QVT em relação à região do país.

**Tabela 20:** Teste de normalidade e de Levene das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com a região do país.

WRQOL	Região	Teste de normalidade	Teste de Levene <sup>#11</sup>
<b>CNT</b>	Alentejo	0,271 <sup>#10</sup>	-----
	Centro	0,019 <sup>#9</sup>	
	Lisboa e Vale do Tejo	0,200 <sup>#9</sup>	
	Norte	0,067 <sup>#9</sup>	
<b>BEG</b>	Alentejo	0,098 <sup>#10</sup>	0,793
	Centro	0,200 <sup>#9</sup>	
	Lisboa e Vale do Tejo	0,200 <sup>#9</sup>	
	Norte	0,077 <sup>#9</sup>	
<b>RCT</b>	Alentejo	0,420 <sup>#10</sup>	-----
	Centro	0,017 <sup>#9</sup>	
	Lisboa e Vale do Tejo	0,062 <sup>#9</sup>	
	Norte	0,200 <sup>#9</sup>	
<b>SP</b>	Alentejo	0,566 <sup>#10</sup>	0,527
	Centro	0,200 <sup>#9</sup>	
	Lisboa e Vale do Tejo	0,200 <sup>#9</sup>	
	Norte	0,200 <sup>#9</sup>	
<b>SNT</b>	Alentejo	0,473 <sup>#10</sup>	-----
	Centro	0,000 <sup>#9</sup>	
	Lisboa e Vale do Tejo	0,000 <sup>#9</sup>	
	Norte	0,000 <sup>#9</sup>	
<b>CDT</b>	Alentejo	0,487 <sup>#10</sup>	-----
	Centro	0,029 <sup>#9</sup>	
	Lisboa e Vale do Tejo	0,002 <sup>#9</sup>	
	Norte	0,034 <sup>#9</sup>	
<b>QVT</b>	Alentejo	0,773 <sup>#10</sup>	0,513
	Centro	0,200 <sup>#9</sup>	
	Lisboa e Vale do Tejo	0,108 <sup>#9</sup>	
	Norte	0,200 <sup>#9</sup>	

<sup>#9</sup> Teste de Kolmogorov-Smirnov, <sup>#10</sup> Teste de Shapiro-Wilk, <sup>#11</sup> Teste de Levene

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

Normalidade e teste de Levene, das 6 dimensões e QVT em relação à faculdade de formação em Medicina.

**Tabela 21:** Teste de normalidade e de Levene das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com a faculdade de formação em Medicina.

WRqOL	Faculdade	Teste de normalidade	Teste de Levene <sup>#11</sup>
CNT	Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde	0,179 <sup>#10</sup>	0,700
	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina	0,200 <sup>#9</sup>	
	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina	0,076 <sup>#10</sup>	
	Universidade do Porto – Faculdade de Medicina	0,166 <sup>#10</sup>	
	Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar	0,081 <sup>#10</sup>	
	Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas	0,350 <sup>#10</sup>	
BEG	Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde	0,361 <sup>#10</sup>	-----
	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina	0,200 <sup>#9</sup>	
	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina	0,378 <sup>#10</sup>	
	Universidade do Porto – Faculdade de Medicina	0,384 <sup>#10</sup>	
	Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar	0,009 <sup>#10</sup>	
	Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas	0,743 <sup>#10</sup>	
RCT	Outras faculdades	0,222 <sup>#10</sup>	-----
	Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde	0,943 <sup>#10</sup>	
	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina	0,014 <sup>#9</sup>	
	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina	0,124 <sup>#10</sup>	
	Universidade do Porto – Faculdade de Medicina	0,438 <sup>#10</sup>	
	Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar	0,272 <sup>#10</sup>	
	Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas	0,430 <sup>#10</sup>	
SP	Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde	0,102 <sup>#10</sup>	0,810
	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina	0,200 <sup>#9</sup>	
	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina	0,196 <sup>#10</sup>	
	Universidade do Porto – Faculdade de Medicina	0,695 <sup>#10</sup>	
	Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar	0,016 <sup>#10</sup>	
	Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas	0,641 <sup>#10</sup>	
SNT	Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde	0,007 <sup>#10</sup>	-----
	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina	0,000 <sup>#9</sup>	
	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina	0,022 <sup>#10</sup>	
	Universidade do Porto – Faculdade de Medicina	0,002 <sup>#10</sup>	
	Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar	0,003 <sup>#10</sup>	
	Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas	0,000 <sup>#10</sup>	
CDT	Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde	0,865 <sup>#10</sup>	-----
	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina	0,200 <sup>#9</sup>	
	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina	0,166 <sup>#10</sup>	
	Universidade do Porto – Faculdade de Medicina	0,873 <sup>#10</sup>	
	Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar	0,004 <sup>#10</sup>	
	Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas	0,109 <sup>#10</sup>	
QVT	Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde	0,921 <sup>#10</sup>	0,986
	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina	0,200 <sup>#9</sup>	
	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina	0,178 <sup>#10</sup>	
	Universidade do Porto – Faculdade de Medicina	0,767 <sup>#10</sup>	
	Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar	0,065 <sup>#10</sup>	
	Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas	0,195 <sup>#10</sup>	

<sup>#9</sup> Teste de Kolmogorov-Smirnov, <sup>#10</sup> Teste de Shapiro-Wilk, <sup>#11</sup> Teste de Levene

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

Normalidade e teste de Levene, das 6 dimensões e QVT com a especialidade médica.

**Tabela 22:** Teste de normalidade e de Levene das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT, com a especialidade médica.

WRQOL	Especialidade	Teste de normalidade	Teste de Levene <sup>#11</sup>
<b>CNT</b>	Medicina Geral e Familiar	0,028 <sup>#9</sup>	-----
	Medicina Interna	0,195 <sup>#10</sup>	
	Outras Especialidades Médicas	0,000 <sup>#9</sup>	
	Formação geral	0,515 <sup>#10</sup>	
<b>BEG</b>	Medicina Geral e Familiar	0,200 <sup>#9</sup>	0,098
	Medicina Interna	0,964 <sup>#10</sup>	
	Outras Especialidades Médicas	0,069 <sup>#9</sup>	
	Formação geral	0,498 <sup>#10</sup>	
<b>RCT</b>	Medicina Geral e Familiar	0,003 <sup>#9</sup>	-----
	Medicina Interna	0,059 <sup>#10</sup>	
	Outras Especialidades Médicas	0,005 <sup>#9</sup>	
	Formação geral	0,485 <sup>#10</sup>	
<b>SP</b>	Medicina Geral e Familiar	0,040 <sup>#9</sup>	-----
	Medicina Interna	0,196 <sup>#10</sup>	
	Outras Especialidades Médicas	0,006 <sup>#9</sup>	
	Formação geral	0,411 <sup>#10</sup>	
<b>SNT</b>	Medicina Geral e Familiar	0,000 <sup>#9</sup>	-----
	Medicina Interna	0,027 <sup>#10</sup>	
	Outras Especialidades Médicas	0,000 <sup>#9</sup>	
	Formação geral	0,805 <sup>#10</sup>	
<b>CDT</b>	Medicina Geral e Familiar	0,002 <sup>#9</sup>	-----
	Medicina Interna	0,549 <sup>#10</sup>	
	Outras Especialidades Médicas	0,034 <sup>#9</sup>	
	Formação geral	0,370 <sup>#10</sup>	
<b>QVT</b>	Medicina Geral e Familiar	0,200 <sup>#9</sup>	0,726
	Medicina Interna	0,653 <sup>#10</sup>	
	Outras Especialidades Médicas	0,200 <sup>#9</sup>	
	Formação geral	0,232 <sup>#10</sup>	

<sup>#9</sup> Teste de Kolmogorov-Smirnov, <sup>#10</sup> Teste de Shapiro- Wilk, <sup>#11</sup> Teste de Levene

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

Normalidade e teste de Levene, das 6 dimensões e QVT com a categoria profissional

**Tabela 23:** Teste de normalidade e de Levene das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com a categoria profissional.

WRQOL	Categoria profissional	Teste da normalidade	Teste de Levene <sup>#11</sup>
CNT	Assistente de Medicina Geral e Familiar	0,084 <sup>#9</sup>	-----
	Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar	0,340 <sup>#10</sup>	
	Assistente Hospitalar	0,007 <sup>#9</sup>	
	Assistente Hospitalar Graduado	0,015 <sup>#10</sup>	
	Consultor	0,600 <sup>#10</sup>	
	Interno de Ano Comum	0,515 <sup>#10</sup>	
BEG	Assistente de Medicina Geral e Familiar	0.200 <sup>#9</sup>	0,347
	Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar	0.956 <sup>#10</sup>	
	Assistente Hospitalar	0.200 <sup>#9</sup>	
	Assistente Hospitalar Graduado	0.682 <sup>#10</sup>	
	Consultor	0.129 <sup>#10</sup>	
	Interno de Ano Comum	0.498 <sup>#10</sup>	
RCT	Assistente de Medicina Geral e Familiar	0.003 <sup>#9</sup>	-----
	Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar	0.700 <sup>#10</sup>	
	Assistente Hospitalar	0.200 <sup>#9</sup>	
	Assistente Hospitalar Graduado	0.331 <sup>#10</sup>	
	Consultor	0.255 <sup>#10</sup>	
	Interno de Ano Comum	0.485 <sup>#10</sup>	
SP	Assistente de Medicina Geral e Familiar	0.200 <sup>#9</sup>	0,372
	Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar	0.886 <sup>#10</sup>	
	Assistente Hospitalar	0.200 <sup>#9</sup>	
	Assistente Hospitalar Graduado	0.419 <sup>#10</sup>	
	Consultor	0.996 <sup>#10</sup>	
	Interno de Ano Comum	0.411 <sup>#10</sup>	
SNT	Assistente de Medicina Geral e Familiar	0.000 <sup>#9</sup>	-----
	Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar	0.000 <sup>#10</sup>	
	Assistente Hospitalar	0,005 <sup>#9</sup>	
	Assistente Hospitalar Graduado	0,002 <sup>#10</sup>	
	Consultor	0,036 <sup>#10</sup>	
	Interno de Ano Comum	0,805 <sup>#10</sup>	
CDT	Assistente de Medicina Geral e Familiar	0,011 <sup>#9</sup>	-----
	Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar	0,518 <sup>#10</sup>	
	Assistente Hospitalar	0,014 <sup>#9</sup>	
	Assistente Hospitalar Graduado	0,208 <sup>#10</sup>	
	Consultor	0,198 <sup>#10</sup>	
	Interno de Ano Comum	0,370 <sup>#10</sup>	
QVT	Assistente de Medicina Geral e Familiar	0,200 <sup>#9</sup>	0,740
	Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar	0,620 <sup>#10</sup>	
	Assistente Hospitalar	0,200 <sup>#9</sup>	
	Assistente Hospitalar Graduado	0,609 <sup>#10</sup>	
	Consultor	0,106 <sup>#10</sup>	
	Interno de Ano Comum	0,232 <sup>#10</sup>	

<sup>#9</sup> Teste de Kolmogorov-Smirnov, <sup>#10</sup> Teste de Shapiro- Wilk, <sup>#11</sup> Teste de Levene

Normalidade das 6 dimensões e QVT em relação com o cargo de chefia

**Tabela 24:** Teste de normalidade das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com o cargo de chefia.

WRQOL	Cargo de chefia	Teste de normalidade
CNT	Não	0,000 <sup>#9</sup>
	Sim	0,023 <sup>#10</sup>
BEG	Não	0,200 <sup>#9</sup>
	Sim	1,000 <sup>#10</sup>
RCT	Não	0,001 <sup>#9</sup>
	Sim	0,149 <sup>#10</sup>
SP	Não	0,040 <sup>#9</sup>
	Sim	0,825 <sup>#10</sup>
SNT	Não	0,000 <sup>#9</sup>
	Sim	0,000 <sup>#10</sup>
CDT	Não	0,000 <sup>#9</sup>
	Sim	0,196 <sup>#10</sup>
QVT	Não	0,200 <sup>#9</sup>
	Sim	0,419 <sup>#10</sup>

<sup>#9</sup> Teste de Kolmogorov-Smirnov, <sup>#10</sup> Teste de Shapiro-Wilk

Normalidade e teste de Levene, das 6 dimensões e QVT em relação contexto da prática clínica

**Tabela 25:** Teste de normalidade e de Levene das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com o contexto da prática clínica.

WRQOL	Contexto da prática clínica	Teste de normalidade	Teste de Levene <sup>#11</sup>
CNT	Público	0,000 <sup>#9</sup>	-----
	Privado	0,119 <sup>#10</sup>	
	Público e Privado	0,200 <sup>#9</sup>	
BEG	Público	0,030 <sup>#9</sup>	-----
	Privado	0,480 <sup>#10</sup>	
	Público e Privado	0,200 <sup>#9</sup>	
RCT	Público	0,001 <sup>#9</sup>	-----
	Privado	0,377 <sup>#10</sup>	
	Público e Privado	0,157 <sup>#9</sup>	

<sup>#9</sup> Teste de Kolmogorov-Smirnov, <sup>#10</sup> Teste de Shapiro-Wilk, <sup>#11</sup> Teste de Levene

## Qualidade de Vida no Trabalho percebida pelo Médico: Estudo transversal em Portugal

**Tabela 25:** Teste de normalidade e de Levene das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com o contexto da prática clínica (cont.).

WRQOL	Contexto da prática clínica	Teste de normalidade	Teste de Levene <sup>#11</sup>
SP	Público	0,022 <sup>#9</sup>	-----
	Privado	0,675 <sup>#10</sup>	
	Público e Privado	0,200 <sup>#9</sup>	
SNT	Público	0,000 <sup>#9</sup>	-----
	Privado	0,046 <sup>#10</sup>	
	Público e Privado	0,001 <sup>#9</sup>	
CDT	Público	0,011 <sup>#9</sup>	-----
	Privado	0,314 <sup>#10</sup>	
	Público e Privado	0,025 <sup>#9</sup>	
QVT	Público	0,200 <sup>#9</sup>	0,045
	Privado	0,568 <sup>#10</sup>	
	Público e Privado	0,200 <sup>#9</sup>	

<sup>#9</sup> Teste de Kolmogorov-Smirnov, <sup>#10</sup> Teste de Shapiro-Wilk, <sup>#11</sup> Teste de Levene

## Normalidade das 6 dimensões e QVT em relação com a infeção por SARS-COV2.

**Tabela 26:** Teste de normalidade das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com a infeção por SARS-COV2.

WRQOL	Infeção por SARS-COV2	Teste de normalidade
CNT	Não	0,000 <sup>#9</sup>
	Sim	0,221 <sup>#10</sup>
BEG	Não	0,200 <sup>#9</sup>
	Sim	0,785 <sup>#10</sup>
RCT	Não	0,001 <sup>#9</sup>
	Sim	0,043 <sup>#10</sup>
SP	Não	0,015 <sup>#9</sup>
	Sim	0,092 <sup>#10</sup>
SNT	Não	0,000 <sup>#9</sup>
	Sim	0,000 <sup>#10</sup>
CDT	Não	0,000 <sup>#9</sup>
	Sim	0,023 <sup>#10</sup>
QVT	Não	0,200 <sup>#9</sup>
	Sim	0,721 <sup>#10</sup>

<sup>#9</sup> Teste de Kolmogorov-Smirnov, <sup>#10</sup> Teste de Shapiro-Wilk

Normalidade das 6 dimensões e QVT em relação ao isolamento por SARS-COV2.

**Tabela 27:** Teste de normalidade das 6 dimensões da escala WRQOL e QVT com o isolamento por SARS-COV2.

WRQOL	Isolamento por SARS-COV2	Teste de normalidade
CNT	Não	0,000 <sup>#9</sup>
	Sim	0,182 <sup>#9</sup>
BEG	Não	0,159 <sup>#9</sup>
	Sim	0,200 <sup>#9</sup>
RCT	Não	0,027 <sup>#9</sup>
	Sim	0,005 <sup>#9</sup>
SP	Não	0,013 <sup>#9</sup>
	Sim	0,198 <sup>#9</sup>
SNT	Não	0,000 <sup>#9</sup>
	Sim	0,000 <sup>#9</sup>
CDT	Não	0,000 <sup>#9</sup>
	Sim	0,048 <sup>#9</sup>
QVT	Não	0,200 <sup>#9</sup>
	Sim	0,047 <sup>#9</sup>

<sup>#9</sup> Teste de Kolmogorov-Smirnov

## Anexo 5: Distribuição geográfica dos participantes por distrito

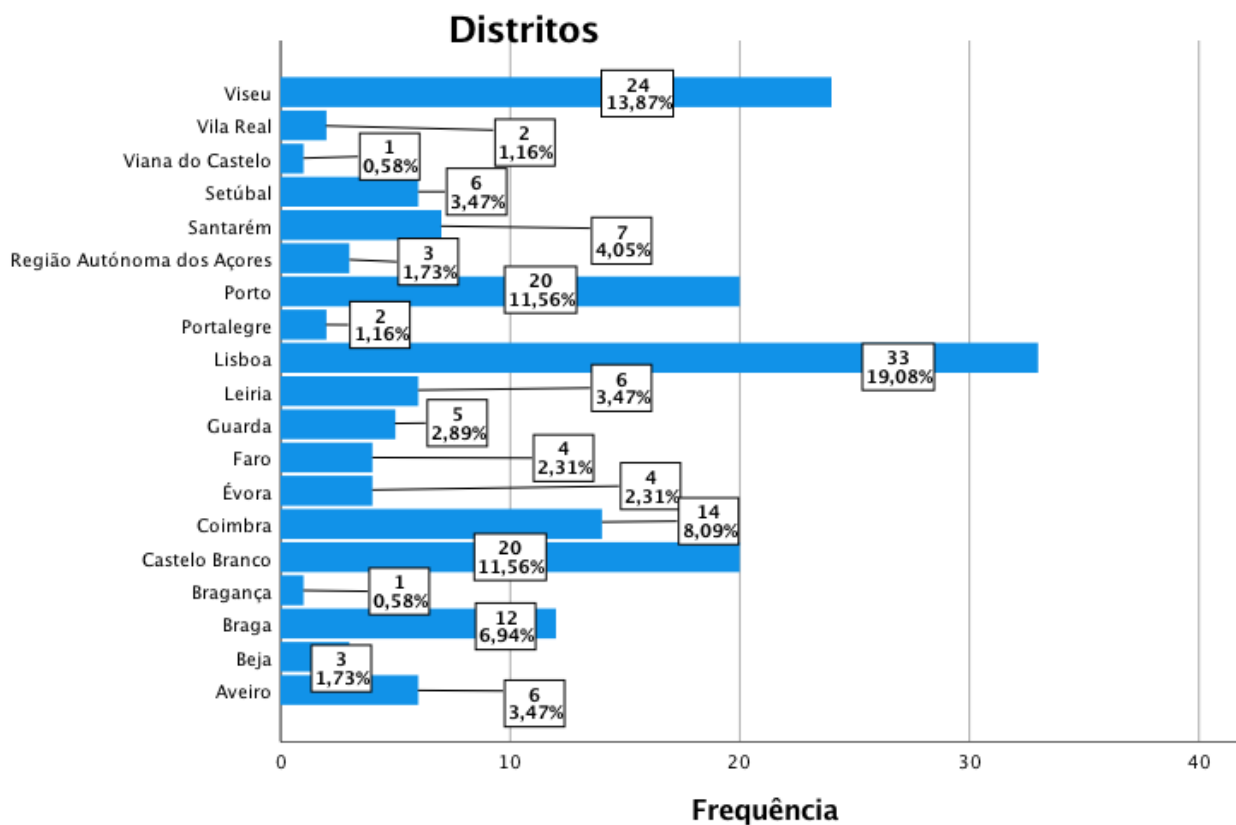


Figura 8: Distribuição geográfica dos participantes por distrito.

## Anexo 6: Distribuição em tabela dos participantes de acordo com a sua especialidade.

**Tabela 28:** Distribuição dos participantes em função da especialidade.

Especialidades	Frequência	%
Cardiologia	1	0,6
Cirurgia maxilo-facial	1	0,6
Cirurgia pediátrica	1	0,6
Gastrenterologia	1	0,6
Medicina desportiva	1	0,6
Medicina intensiva	1	0,6
Medicina nuclear	1	0,6
Neurorradiologia	1	0,6
Patologia clínica	1	0,6
Psiquiatria da infância e da adolescência	1	0,66
Endocrinologia e nutrição	2	1,2
Medicina física e reabilitação	2	1,2
Neurologia	2	1,2
Pneumologia	2	1,2
Psiquiatria	2	1,2
Radiologia	2	1,2
Medicina legal	3	1,7
Radioncologia	3	1,7
Ginecologia/obstetrícia	4	2,3
Imunoalergologia	4	2,3
Ortopedia	4	2,3
Anestesiologia	6	3,5
Saúde pública	6	3,5
Cirurgia geral	7	4,0
Pediatria	7	4,0
Sem especialidade, pois, sou interno de formação geral	8	4,6
Medicina interna	18	10,4
Medicina geral e familiar	81	46,8
Total	173	100,0