

Projeto "Promoção da Qualidade das Relações Interpessoais, da Saúde e do Bem-Estar dos Profissionais de Saúde"

Relatório: Resultados da 1ª Avaliação Quantitativa (T1) no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Autores: Tito Laneiro, José Magalhães, e Martina Nitzsche

Equipa do Projeto:

Tito Laneiro (Coordenador/Investigador Responsável), Luisa Ribeiro, José Magalhães, Martina Nitzsche, João Hipólito, e Odete Nunes - Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP/UAL)

Sandra Queiroz e Elsa Gonçalves - Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (ESESFM)

Saúl N. de Jesus - Centro de Investigação do Espaço e das Organizações da Universidade do Algarve (CIEO/UAlg)

Michael P. Leiter (Consultor) - Universidade Deakin, Austrália

Katerine Osatuke (Consultora) - National Center for Organization Development (NCOD), Veterans Health Administration (VHA), EUA

Projeto de Investigação-Ação: Promoção da Qualidade das Relações Interpessoais, da Saúde e do Bem-Estar dos Profissionais de Saúde.

Relatório Nº: R-2016.002

Exemplar único impresso e entregue à Direção de Enfermagem do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca em maio de 2017.

© CIP/UAL & ESESFM, 2016

Índice

Sumário Executivo	6
Introdução	9
Enquadramento	9
Breve Descrição do Projeto	11
Objetivo e Organização deste Relatório	11
1. Descrição dos Participantes e Serviços	12
1.1 Participantes	12
1.2 Serviços	12
2. Variáveis	13
2.1 <i>Empowerment</i> Estrutural	13
2.2 Áreas da Vida do Trabalho	13
2.3 Incivilidade no Trabalho	13
2.4 Civilidade no Trabalho	14
2.5 <i>Burnout</i>	14
2.6 <i>Engagement</i> no Trabalho	14
2.7 Compromisso Organizacional Afetivo	15
2.8 Saúde Mental e Física	15
2.9 Intenção de Mudar	15
3. Resultados	16
3.1 <i>Empowerment</i> Estrutural	17
3.2 Áreas da Vida do Trabalho	23
3.3 Incivilidade no Trabalho	30
3.4 Civilidade no Trabalho	34
3.5 <i>Burnout</i>	35

3.6	<i>Engagement</i> no Trabalho	39
3.7	Compromisso Organizacional Afetivo	40
3.8	Saúde Mental e Física	41
3.9	Intenção de Mudar	43
4.	Conclusões	46
	Referências Bibliográficas	49
	Anexos	51
	Anexo A - Caracterização da Amostra ($N = 432$)	52
	Anexo B - Taxa de Resposta (%) por Serviço	55
	Anexo C - Níveis (%) de Exaustão Emocional, Cinismo, e <i>Burnout</i> Elevado por Serviço	56

Introdução

Enquadramento

O permanente confronto com fatores de stresse laboral, evidentes e silenciosos, que grande parte das vezes não encontram solução nas habituais estratégias de *coping* (modo de lidar com os problemas gerados pelo stresse) pode conduzir a consequências nefastas, em termos individuais e profissionais, como é o caso do stresse negativo (*distress*) e o *burnout*.

Esta situação disfuncional ao stresse laboral cumulativo e prolongado pode ter suporte em situações, atitudes e comportamentos de incivilidade gerado por colegas, chefias e utentes (sejam doentes ou familiares).

Esta realidade ao nível da consequência implica que se possa fazer o melhor diagnóstico no sentido de em sinergia proactiva se encontrem formas de prevenção e/ou intervenção que gerem a maior qualidade nas relações entre profissionais, garantam a saúde física e mental como forma de resiliência para o enfrentar das adversidades quotidianas e consolidem o bem-estar dos profissionais desta área da saúde como estratégia de sucesso na ação com os utentes e com a profissão.

Em 2014, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde (AESST) referiu que 22% dos trabalhadores da União Europeia (cerca de 40 milhões) se encontravam afetados total ou parcialmente por problemas disfuncionais causados pelo stresse negativo. Esta parcela da observação das patologias psicológicas envolve um gasto de 20 mil milhões de euros anuais. Em Portugal, estima-se que 28% dos trabalhadores estejam afetados por problemas disfuncionais devido ao stresse negativo.

Na área da saúde, e com saliência para os profissionais de enfermagem, é de reiterada preocupação para investigadores, empregadores e para os próprios profissionais que, em número crescente, assumem a desistência da carreira por exaustão e incapacidade de gerar resiliência para resistir às pressões e adversidades.

Globalmente, e fazendo suporte em dados divulgados pela AESST (2013, p. 8), 50% a 60% dos dias perdidos podem ser atribuídos ao stresse (um em cada três trabalhadores) e ao *burnout* (um em cada cinco trabalhadores), e, "ao longo de um período de nove anos, cerca de 28% dos trabalhadores europeus deram conta de exposição a riscos psicossociais que afetaram o seu bem-estar mental".

Ainda no âmbito da observação geral importa referir que para além dos custos individuais, através das patologias adquiridas com ênfase para a depressão, existem custos para as empresa e para os estados que se cifram em 240 mil milhões de euros

por ano em doenças do foro mental com custos diretos e medicamentosos, "sendo 136 mil milhões de euros originados por perdas de produtividade, incluindo absentismo devido e baixas por doença." (AESST, 2013, p. 8).

Entre outros importa referir um estudo realizado em 2011 no hospital Rigshospitalet, em Copenhaga, em que através dos "efeitos positivos do trabalho em conjunto e o envolvimento dos trabalhadores na melhoria do seu ambiente de trabalho" permitiu, depois de uma avaliação que identificou a existência de elevados índices de stresse, situações de *bullying* e assédio sexual, pela melhoria do ambiente de trabalho através do envolvimento, partilha e retorno de informação gerar "uma melhoria generalizada em termos de satisfação com o trabalho e níveis de stresse significativamente reduzidos entre o pessoal administrativo e de enfermagem." (AESST, 2013, p. 13)

Esta realidade implica ser firme e ter presente que existem riscos psicossociais em todos os locais de trabalho, que o stresse relacionado com o trabalho é uma questão organizacional e não uma falha individual, e que este ocorre quando as exigências do emprego excedem a capacidade do trabalhador lhes dar resposta (AESST, 2013). Neste contexto importa ter uma visão positiva que se traduz no facto de termos à nossa disposição instrumentos que possibilitam uma identificação dos valores que robustecem a organização e os seus profissionais (e.g., *engagement* no trabalho) e dessa análise encontrar os mecanismos para atuar sobre os valores negativos, também identificáveis, quer ao nível da prevenção quer ao nível da intervenção.

Aquela realidade permite encarar como real a premissa de que "num bom ambiente de trabalho, os trabalhadores dão conta de um elevado grau de satisfação com o trabalho e sentem-se estimulados e motivados para desenvolver todas as suas potencialidades" (AESST, 2013, p. 16).

Neste espírito, foi encetado o presente processo, constituído por investigadores do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa em conjunto com investigadoras da Escola Superior de Enfermagem, que decorreu, entre 24/2 e 29/4 de 2016, no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora-Sintra, que permitiu recolher, validamente, 432 questionários e concretizar 19 entrevistas, importando realçar o apoio obtido pelos profissionais de enfermagem da instituição. Estes dados que serão apresentados, em detalhe, neste relatório permitem identificar o que estará menos bem e igualmente a fontes de energia disponíveis para poder traçar um plano organizado de formação/sensibilização interna, criação de uma equipa de facilitadores e planificação de ações de gestão de recursos humanos e apoio psicológico que ajudem a criar locais de trabalho saudáveis.

Breve Descrição do Projeto

A equipa do projeto de investigação-ação "Promoção da Qualidade das Relações Interpessoais, da Saúde e do Bem-estar dos Profissionais de Saúde" integra investigadores nacionais e internacionais. Incidindo sobre $\approx 9,600$ profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, e técnicos), provenientes de oito hospitais da área metropolitana de Lisboa, o projeto segue de perto os já realizados com sucesso por dois membros da equipa — Michael Leiter, atualmente da Universidade Deakin, Austrália; e Katherine Osatuke, do National Center for Organizational Development, dos Veterans Health Affairs, EUA — em profissionais de saúde norte americanos, em contexto hospitalar.

O projeto contempla três componentes: avaliação quantitativa, avaliação qualitativa, e intervenção. A avaliação quantitativa é feita por questionário, contemplando nove instrumentos internacionais, enquanto a avaliação qualitativa envolve a realização de entrevistas semiestruturadas. Tanto a avaliação quantitativa, como a avaliação qualitativa, ocorre em três momentos distintos ao longo do projeto: (a) pré-intervenção (T1), (b) imediatamente pós-intervenção (T2), e (c) um ano pós-intervenção (T3). A intervenção em grupo, assente na abordagem Centrada na Pessoa, constitui a matriz de ação deste projeto. Cada grupo é constituído por um máximo de 20 pessoas, e as sessões de intervenção decorrem durante um período de seis meses.

Ao abrigo das normas éticas da American Psychological Association, Código de Ética da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Declaração de Helsínquia, e da Convenção de Oviedo: (a) a participação no projeto é voluntária, (b) os participantes são informados dos objetivos do projeto, e (c) o anonimato e a confidencialidade dos dados são garantidos.

Objetivo e Organização deste Relatório

O objetivo geral deste relatório é apresentar os resultados da avaliação quantitativa T1 (pré-intervenção) no HFF, agrupados por serviço.

Este relatório divide-se em quatro seções. Na Seção 1 é feita uma descrição dos participantes e dos serviços. Os conceitos (variáveis), e instrumentos para medir os mesmos, são discutidos na Seção 2. Os resultados, agrupados por serviço, constam da Seção 3. Na Seção 4 apresentam-se algumas conclusões.