

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 A

Centro de Investigação em Psicologia, Universidade Autónoma de Lisboa (CIP/UAL)
Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (ESESFM)

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 Acadia, Canadá

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-2016.001

© 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	24
3.3 Incivilidade no Trabalho	32
3.4 Civilidade no Trabalho	38
3.5 <i>Burnout</i>	40

3.6	<i>Engagement</i> no Trabalho	46
3.7	Compromisso Organizacional Afetivo	48
3.8	Saúde Mental e Física	50
3.9	Intenção de Mudar	53
4.	Conclusões	57
	Referências Bibliográficas	60
	Anexos	62
	Anexo A - Caracterização da Amostra ($N = 315$)	63
	Anexo B - Níveis (%) de Exaustão Emocional, Cinismo, e <i>Burnout</i> Elevado por Grupo Profissional	66
	Anexo C - Níveis (%) de Exaustão Emocional, Cinismo, e <i>Burnout</i> Elevado por Serviço	68

Lista de Figuras

Figura 1. Nível de <i>Empowerment</i> Estrutural por Grupo Profissional	17
Figura 2. Nível de <i>Empowerment</i> Estrutural por Serviço	18
Figura 3. Nível de Acesso a Oportunidades por Grupo Profissional	18
Figura 4. Nível de Acesso a Oportunidades por Serviço	19
Figura 5. Nível de Acesso a Informação por Grupo Profissional	19
Figura 6. Nível de Acesso a Informação por Serviço	20
Figura 7. Nível de Acesso a Apoio por Grupo Profissional	21
Figura 8. Nível de Acesso a Apoio por Serviço	21
Figura 9. Nível de Acesso a Recursos por Grupo Profissional	22
Figura 10. Nível de Acesso a Recursos por Serviço	23
Figura 11. Nível de Carga de Trabalho (gerível) por Grupo Profissional	24
Figura 12. Nível de Carga de Trabalho (gerível) por Serviço	25
Figura 13. Nível de Controlo por Grupo Profissional	25
Figura 14. Nível de Controlo por Serviço	26
Figura 15. Nível de Recompensas por Grupo Profissional	27
Figura 16. Nível de Recompensas por Serviço	27
Figura 17. Nível de Comunidade por Grupo Profissional	28
Figura 18. Nível de Comunidade por Serviço	29
Figura 19. Nível de Justiça por Grupo Profissional	29
Figura 20. Nível de Justiça por Serviço	30
Figura 21. Nível de Valores por Grupo Profissional	31
Figura 22. Nível de Valores por Serviço	31
Figura 23. Nível de Incivilidade de Supervisores por Grupo Profissional	32
Figura 24. Nível de Incivilidade de Supervisores por Serviço	33
Figura 25. Nível de Incivilidade de Colegas por Grupo Profissional	33
Figura 26. Nível de Incivilidade de Colegas por Serviço	34
Figura 27. Nível de Incivilidade de Utentes/Clientes por Grupo Profissional	35
Figura 28. Nível de Incivilidade de Utentes/Clientes por Serviço	36

Lista de Figuras (continuada)

Figura 29. Nível de Incivilidade Instigada por Grupo Profissional	36
Figura 30. Nível de Incivilidade Instigada por Serviço	37
Figura 31. Nível de Civilidade no Trabalho por Grupo Profissional	38
Figura 32. Nível de Civilidade no Trabalho por Serviço	38
Figura 33. Nível de Exaustão Emocional por Grupo Profissional	40
Figura 34. Nível de Exaustão Emocional por Serviço	41
Figura 35. Nível de Cinismo por Grupo Profissional	42
Figura 36. Nível de Cinismo por Serviço	42
Figura 37. Nível de Eficácia Profissional por Grupo Profissional	43
Figura 38. Nível de Eficácia Profissional por Serviço	44
Figura 39. Percentagem de <i>Burnout</i> Elevado por Grupo Profissional	45
Figura 40. Percentagem de <i>Burnout</i> Elevado por Serviço	45
Figura 41. Nível de <i>Engagement</i> no Trabalho por Grupo Profissional	46
Figura 42. Nível de <i>Engagement</i> no Trabalho por Serviço	47
Figura 43. Nível de Compromisso Organizacional Afetivo por Grupo Profissional	48
Figura 44. Nível de Compromisso Organizacional Afetivo por Serviço	49
Figura 45. Nível de Saúde Mental por Grupo Profissional	50
Figura 46. Nível de Saúde Mental por Serviço	51
Figura 47. Nível de Saúde Física por Grupo Profissional	52
Figura 48. Nível de Saúde Física por Serviço	52
Figura 49. Intenção de Mudar de Serviço (%) por Grupo Profissional	53
Figura 50. Intenção de Mudar de Serviço (%) por Serviço	53
Figura 51. Intenção de Mudar de Hospital (%) por Grupo Profissional	54
Figura 52. Intenção de Mudar de Hospital (%) por Serviço	55
Figura 53. Intenção de Mudar de Profissão (%) por Grupo Profissional	55
Figura 54. Intenção de Mudar de Profissão (%) por Serviço	56

Sumário Executivo

O projeto de investigação-ação "Promoção da Qualidade das Relações Interpessoais, da Saúde e do Bem-Estar dos Profissionais de Saúde" foi desenvolvido pelo Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP/UAL), em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de S. Francisco das Misericórdias (ESESFM), em janeiro de 2015.

O objetivo geral deste projeto é de promover a qualidade das relações interpessoais no trabalho como contributo fundamental para a saúde, bem-estar e retenção dos profissionais de saúde, assim como para a qualidade dos cuidados prestados, da satisfação e segurança dos utentes. Trata-se de um projeto longitudinal de investigação-ação, com recurso à metodologia mista, tendo como matriz de ação a intervenção em grupo, assente na abordagem Centrada na Pessoa.

Em novembro de 2015, e na sequência de várias reuniões e apresentações, o projeto foi aprovado pelos órgãos competentes de um hospital público da área metropolitana de Lisboa, designado, por razões de confidencialidade, "Hospital A". Neste hospital, a investigação-ação incide sobre todos os grupos profissionais, nomeadamente, enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, e técnicos.

O primeiro momento (T1) de avaliação quantitativa, por questionário, realizou-se entre 3 e 31 de dezembro de 2015. O questionário, constituído por nove instrumentos internacionais, totalizando 141 itens, foi distribuído a todos os grupos profissionais, e foram recebidas 315 respostas.

Através do inquérito pretendeu-se caracterizar os participantes do Hospital A, em termos socioprofissionais, e apurar os valores de referência (pré-intervenção) inerente a vários conceitos que perfazem quatro categorias, descritas no quadro a seguir.

Categoria	Conceitos
Condições gerais do trabalho	<i>Empowerment</i> Estrutural; Áreas da Vida do Trabalho (Carga de Trabalho; Controlo; Recompensas; Comunidade; Justiça; e Valores)
Ambiente social no trabalho	Incivilidade no Trabalho (Incivilidade de Supervisores; incivilidade de Colegas; incivilidade de Utesntes/Clientes; incivilidade Instigada pelo respondente); Civilidade no Trabalho
Saúde e bem-estar ocupacional	Saúde Mental; Saúde Física; Exaustão Emocional; Cinismo; Eficácia Profissional; <i>Burnout</i> ; e <i>Engagement</i> no trabalho
Atitudes de retenção	Compromisso Organizacional Afetivo; Intenção de Mudar de Serviço; Intenção de Mudar de Hospital; Intenção de Mudar de Profissão

Resultados Principais

Tendo em linha de conta as categorias e conceitos referidos, e os dados recolhidos, salientam-se os resultados mais relevantes para a compreensão do ambiente geral do Hospital A.

Condições gerais do trabalho

- O nível de *Empowerment* Estrutural, que diz respeito ao grau de acesso a Oportunidades, Informação, Apoio e Recursos no trabalho, é moderado, mas com tendência para baixo.
- Quanto às seis áreas da vida do trabalho, em termos gerais: a Carga de Trabalho é elevada; o sentimento de Comunidade, e o nível de congruência entre Valores pessoais e Valores organizacionais, são moderados; o nível de Controlo, e os sentimentos de reconhecimento, tanto social como financeiro (Recompensas), e de Justiça no trabalho, são baixos.

Ambiente social no trabalho

- A Incivilidade no Trabalho, que se refere a comportamentos interpessoais negativos, que violam as normas para o respeito mútuo no local de trabalho, pode originar de Supervisores, Colegas, Utentes/Clientes ou do próprio respondente (Incivilidade Instigada).
 - De forma geral, os níveis de Incivilidade (de Supervisores, Colegas, Utentes/Clientes, e Instigada) são elevados. Destacam-se os seguintes serviços: (a) Urgência Geral, com quase duas vezes mais Incivilidade de Supervisores e Incivilidade de Utentes/Clientes do que as médias gerais para estas duas variáveis; (b) Urgência Pediátrica, com um nível de Incivilidade de Utentes/Clientes mais do que duas vezes superior à média geral, e com um nível de Incivilidade Instigada quase duas vezes acima da média geral.
- O nível de Civilidade no Trabalho, que engloba as características de respeito, cooperação, apoio social, e resolução justa de conflitos, é moderado, mas inferior aos níveis publicados na literatura internacional.

Saúde e bem-estar ocupacional

- A Saúde Mental dos profissionais de saúde do Hospital A está abaixo do valor normativo para a população Portuguesa. Em termos globais, um em cada dois profissionais de saúde do Hospital A tem uma Saúde Mental *pobre*.

- A Saúde Física dos profissionais de saúde do Hospital A está bastante acima do valor normativo para a população Portuguesa, indicando uma Saúde Física *muito boa*.
- No que diz respeito ao *Burnout*, definido como uma síndrome psicológica, predominantemente caracterizada por Exaustão Emocional e Cinismo, resultante da exposição prolongada a stressores interpessoais crónicos no trabalho, verifica-se que:
 - 50% dos profissionais de saúde do Hospital A está num nível de Exaustão Emocional *elevado*.
 - 44% dos profissionais de saúde do Hospital A está num nível de Cinismo *elevado*.
 - Um em cada três (33%) profissionais de saúde do Hospital A está num nível de *Burnout elevado*.
- O nível de *Engagement* no Trabalho, que se refere a um estado afetivo-cognitivo positivo relacionado ao trabalho, é moderado.

Atitudes de retenção

- De forma geral, o nível de Compromisso Organizacional Afetivo, que diz respeito à presença de uma ligação emocional entre a pessoa e a organização, é moderado.
- Quanto à Intenção de Mudar, em termos gerais 10% dos profissionais de saúde do Hospital A tenciona mudar de serviço, 12% tenciona mudar de hospital, e 8% tenciona mudar de profissão.

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, 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 S. Francisco das Misericórdias, que decorreu em dezembro de 2015 no Hospital A, permitindo a recolha de 315 questionários válidos. Estes dados que serão apresentados, em detalhe, neste relatório permitem identificar o que estará menos bem e igualmente as 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 uma amostra de $\approx 5,000$ profissionais de saúde de oito hospitais do distrito de Lisboa, o projeto segue de perto os já realizados, com sucesso, por dois membros da equipa — Michael Leiter, da Universidade Acadia, Canadá; e Katherine Osatuke, do National Center for Organizational Development, Veterans Health Affairs, EUA — em profissionais de saúde norte americanos.

O projeto contempla três componentes: avaliação quantitativa, avaliação qualitativa, e intervenção. A avaliação quantitativa é feita por questionário, contemplando nove instrumentos internacionais, e 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: (1) pré-intervenção, (2) imediatamente pós-intervenção, e (3) um ano pós-intervenção. 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 a intervenção decorre 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 Convenção de Oviedo: (1) a participação no projeto é voluntária, (2) os participantes são informados dos objetivos do mesmo, e (3) o anonimato e a confidencialidade dos dados dos participantes são garantidos.

Objetivo e Organização deste Relatório

O objetivo geral deste relatório é apresentar os resultados da primeira avaliação quantitativa (T1, pré-intervenção) no Hospital A, tanto por grupo profissional como por serviço.

Este relatório divide-se em quatro seções. A Seção 1 consiste na descrição dos participantes e serviços. As variáveis, e instrumentos utilizados para medir as mesmas, são apresentados na Seção 2. Os resultados, tanto em função dos grupos profissionais, com em função dos serviços, encontram-se na Seção 3, e na Seção 4 apresenta-se um conjunto de conclusões.

1. Descrição dos Participantes e Serviços

1.1 Participantes

Participaram neste estudo 315 profissionais de saúde de um hospital público da área metropolitana de Lisboa; 177 (59%) enfermeiros, 86 (28%) assistentes operacionais, 22 (7%) técnicos (7%), e 17 (6%) médicos; 13 (4%) participantes não indicaram a sua categoria profissional. A maioria (77%, $n = 235$) dos participantes era de género feminino, e a idade variou entre um mínimo de 20 anos e um máximo de 63 anos, sendo a média das idades de 35.5 anos ($DP = 10.0$ anos). Em relação ao vínculo contratual, a maioria (75%, $n = 225$) tinha um contrato sem termo, e 83% ($n = 227$) trabalhava por turno rotativo. O tempo médio de permanência na profissão, no hospital, e no serviço foi de 9.8 anos ($DP = 8.9$ anos), 6.1 anos ($DP = 6.6$ anos), e 4.5 anos ($DP = 4.3$ anos), respetivamente. Uma descrição mais detalhada dos participantes consta do Anexo A ao presente relatório.

1.2 Serviços

O questionário em papel foi distribuído a todos os enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e técnicos dos vários serviços do Hospital A. Dos 315 participantes que responderam ao questionário, 298 (95%) confirmaram o serviço no qual trabalhavam. Destes, a maioria (70%) exercia funções nos serviços de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI; 15%, $n = 45$), Urgência Geral (14%, $n = 42$), Cirurgia (13%, $n = 38$), Medicina (7%, $n = 21$), Neonatologia (6%, $n = 18$), Ginecologia-Obstetrícia (5%, $n = 15$), Psiquiatria (5%, $n = 15$), e Urgência Pediátrica (5%, $n = 15$). No Anexo A encontram-se mais informações sobre os serviços.

2. Variáveis

2.1 Empowerment Estrutural

O *Empowerment* Estrutural diz respeito ao grau de acesso a um conjunto de condições no ambiente do trabalho, que promovem a eficácia, aprendizagem, mobilidade profissional e crescimento pessoal. As quatro condições são: Oportunidades, Informação, Apoio, e Recursos (Laschinger, Finegan, Shamian, & Wilk, 2001).

Esta variável foi avaliada com a versão portuguesa do *Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II* (CWEQ-II; Laschinger et al., 2001), adaptado por Orgambídez-Ramos, Gonçalves, Borrego-Alés, e Mendoza-Sierra (2015). A CWEQ-II consiste em 12 itens (e.g., "Em que medida tem a possibilidade para desenvolver novas competências e conhecimentos?", e "Até que ponto tem acesso a informação relativa aos objetivos da gestão de topo?"). A escala de resposta da CWEQ-II é de cinco pontos, variando de 1 (*nenhum*) a 5 (*muito*).

2.2 Áreas da Vida do Trabalho

O nível de congruência entre a pessoa e seis áreas-chave do seu trabalho (Carga de Trabalho, Controlo, Recompensas, Comunidade, Justiça, e Valores) tem implicações importantes para a saúde (mental e física) e o bem-estar ocupacional (e.g., *burnout* e *engagement* no trabalho) do trabalhador (Leiter & Maslach, 2011).

As seis áreas-chave foram avaliados com a *Areas of Worklife Survey* (AWS; Leiter & Maslach, 2011), que contempla 28 afirmações (e.g., "Tenho tempo suficiente para fazer o que é importante no meu trabalho", e "O favoritismo determina como são tomadas as decisões no trabalho"). A escala de resposta da AWS contempla cinco pontos, de 1 (*discordo fortemente*) a 5 (*concordo fortemente*).

2.3 Incivilidade no Trabalho

A Incivilidade no Trabalho é definido como comportamentos interpessoais negativos, de baixa intensidade e de intenção ambígua, que violam as normas para o respeito mútuo no local de trabalho (Andersson & Pearson, 1999).

Os níveis de Incivilidade no Trabalho, de quatro fontes diferentes (Supervisores, Colegas, Utentes/Clientes, e Incivilidade Instigada pelo próprio respondente contra outros no trabalho), foram medidos mediante a *Straightforward Incivility Scale* (SIS; Leiter & Day, 2013). O instrumento contempla 20 itens (e.g., "No último mês com que frequência os seus supervisores falaram-lhe rudemente?", "No último mês com que frequência os seus utentes/clientes comportaram-se sem consideração por si", e "No

último mês quantas vezes você ignorou alguém?"). A escala de resposta é de sete pontos, de 0 (*nunca*) a 6 (*mais do que uma vez por dia*).

2.4 Civilidade no Trabalho

A Civilidade no Trabalho não se limita à ausência de Incivilidade no Trabalho, considera a presença de quatro características positivas específicas no ambiente do trabalho: respeito e aceitação, cooperação, relações de apoio entre colegas, e resolução justa de conflitos (Osatuke, Moore, Ward, Dyrenforth, & Belton, 2009)

O nível de Civilidade no Trabalho foi avaliada com a *Workplace Civility Scale* (WCS; Osatuke et al., 2009). Este instrumento consiste em oito itens (e.g., "No meu grupo de trabalho, as pessoas tratam-se umas às outras com respeito", e "No meu grupo de trabalho, existe espírito de cooperação e de trabalho de equipa"). A escala de resposta contempla cinco opções, de 1 (*discordo fortemente*) a 5 (*concordo fortemente*).

2.5 Burnout

O *Burnout* é uma síndrome psicológica, uma resposta prolongada a stressores interpessoais crónicos no trabalho, caracterizada por três dimensões: Exaustão Emocional, Cinismo, e Ineficácia Profissional (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Mais tarde, em 2001, Maslach, Schaufeli, e Leiter afirmaram que a Exaustão Emocional e o Cinismo são as dimensões-chave do *Burnout*.

O *Maslach Burnout Inventory—General Survey* (MBI-GS; Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson, 1996) foi utilizado para averiguar o nível de *Burnout*. O MBI-GS contém 16 itens (e.g., "Sinto-me emocionalmente desgastado/a pelo meu trabalho", e "Passei a entusiasmar-me menos com o meu trabalho"), e a escala de resposta é de sete pontos, de 0 (*nunca*) a 6 (*todos os dias*).

2.6 Engagement no Trabalho

O Engagement no Trabalho é um estado afetivo-cognitivo positivo, uma sensação de realização relacionado ao trabalho, caracterizado por três dimensões-chave: Vigor, Dedicação, e Absorção (Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002)

O nível de *Engagement* no Trabalho foi aferido com a versão reduzida da *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES; Schaufeli & Bakker, 2003), que tem nove itens (e.g., "No meu trabalho sinto-me cheio/a de energia", e "O meu trabalho inspira-me"). Os participantes assinalam as suas respostas numa escala de sete pontos, de 0 (*nunca*) a 6 (*todos os dias*).

2.7 Compromisso Organizacional Afetivo

O Compromisso Organizacional Afetivo refere-se à ligação emocional, identificação e envolvimento da pessoa com a organização (Meyer & Allen, 1991).

O nível de Compromisso Organizacional Afetivo foi avaliado com a versão portuguesa da subescala *Affective Commitment* do *Organizational Commitment Questionnaire* (OCQ; Meyer & Allen, 1991), adaptada por Almeida, Faísca, e Jesus (2007). O instrumento tem quatro itens (e.g., "Eu seria muito feliz se passasse o resto da minha carreira nesta instituição", e "Eu sinto, realmente, como se os problemas desta instituição fossem meus") e a escala de resposta é de sete pontos, de 1 (*discordo totalmente*) a 7 (*concordo totalmente*).

2.8 Saúde Mental e Física

A Saúde Mental e Saúde Física são definidas em função de oito dimensões: desempenho emocional, função social, saúde mental, vitalidade, função física, desempenho físico, dor corporal, e saúde geral. Estes oito dimensões agrupam-se em dois componentes gerais: componente mental e componente físico (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993).

Os índices de Saúde Mental e Saúde Física foram aferidos através da versão portuguesa do *Medical Outcome Study Short Form Health Survey* (MOS SF-36; Ware & Sherbourne, 1992), adaptado por Ferreira (2000a, 2000b). Este instrumento contempla 36 itens, e os valores normativos para a população portuguesa foram publicados por Ferreira, Ferreira, e Pereira em 2012.

2.9 Intenção de Mudar

A Intenção de Mudar de Serviço, de Hospital, e da Profissão (de enfermagem) foi averiguada através de três itens propostos por Cortese (2012).

Os instrumentos incluídos no questionário do projeto "Promoção da Qualidade das Relações Interpessoais, da Saúde e do Bem-Estar dos Profissionais de Saúde" foram selecionados com base numa revisão criteriosa da literatura científica internacional, especificamente nos domínios da Psicologia da Saúde Ocupacional e Psicologia do Trabalho e das Organizações.

A fiabilidade dos instrumentos, medida pelo alfa de Cronbach, variou entre .77 e .96 na amostra dos profissionais de saúde do Hospital A, superior ao critério mínimo de .70 citado na literatura.

3. Resultados

Os dados foram analisados com o programa de análise estatística, IBM® SPSS® Statistics, versão 22.0.

Dado que alguns instrumentos utilizam uma escala de resposta de cinco pontos (e.g., a *Conditions of Work Effectiveness Questionnaire*), enquanto outros têm uma escala de resposta de sete pontos (e.g., a *Straightforward Incivility Scale*), todas as pontuações foram convertidas numa escala de 0 a 100, onde 0 representa o nível mais baixo da variável em questão, e 100 o nível mais alto. A fórmula utilizada para a conversão das pontuações foi:

$$[(\text{Total observado} - \text{Total mínimo})/(\text{Total máximo} - \text{Total mínimo})]*100$$

Foram apurados as pontuações nas diferentes escalas e subescalas para os grupos profissionais contemplados no estudo: Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais e Técnicos. Comparações entre os quatro grupos profissionais, quanto a cada variável, foram efetuadas através de testes de ANOVA ou de Kruskal-Wallis, dependendo dos resultados de testes preliminares inerentes à distribuição da normalidade e homogeneidade da variância. Foi definido um nível de significância para diferenças entre os quatro grupos profissionais de $p \leq .017$, que integra uma correção Bonferroni para comparações múltiplas.

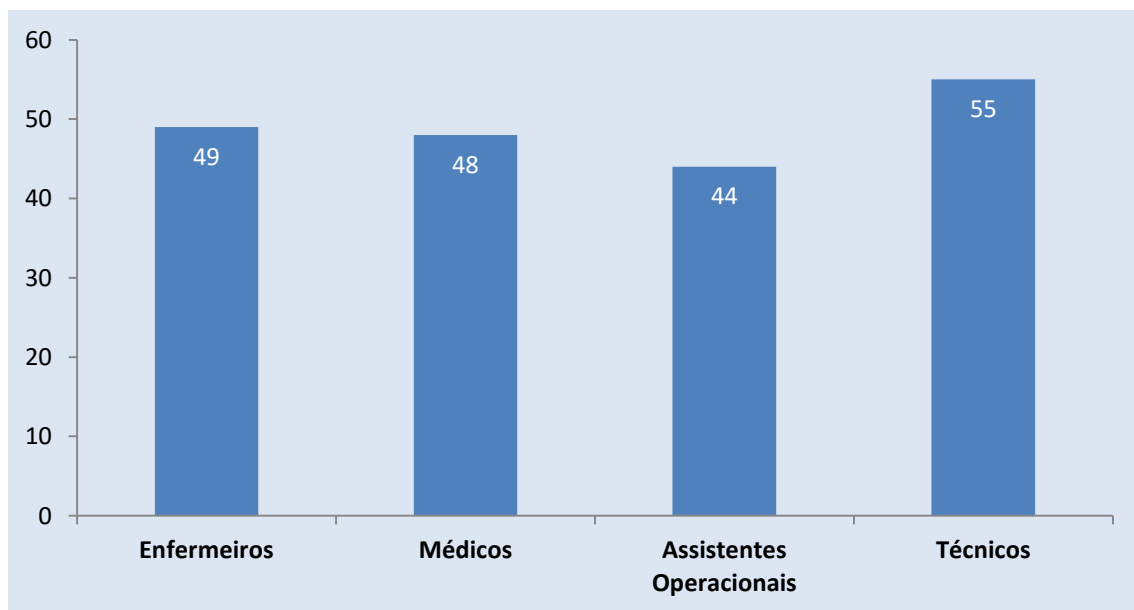
Também foram verificadas as pontuações nas diferentes escalas e subescalas para os oito serviços que obtiveram pelo menos 15 respostas: Bloco de Partos, Cirurgia, Medicina, Neonatologia, Psiquiatria, Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), Urgência Geral, e Urgência Pediátrica. As pontuações dos oito serviços foram comparadas através de testes de ANOVA ou de Kruskal-Wallis, de acordo com os resultados de testes preliminares para averiguar a normalidade e homogeneidade da variância. Em relação a diferenças entre os oito serviços, estabeleceu-se um nível de significância, que contempla uma correção Bonferroni para comparações múltiplas, de $p \leq .007$.

3.1 Empowerment Estrutural

Na Figura 1 apresentamos o nível de *Empowerment* Estrutural (compósito do grau de acesso a Oportunidades, Informação, Apoio e Recursos) nos quatro grupos profissionais. A média geral, que é de 49, sugerindo um nível de *Empowerment* Estrutural *moderado-baixo*, é significativamente ($p < .001$) inferior ao valor (55) reportado por Laschinger et al. (2001) em amostras de profissionais de saúde canadianos. São os Técnicos que reportam o valor para *Empowerment* Estrutural mais elevado (55), igual à média de Laschinger et al., enquanto o valor mais baixo (44) é dos Assistentes Operacionais.

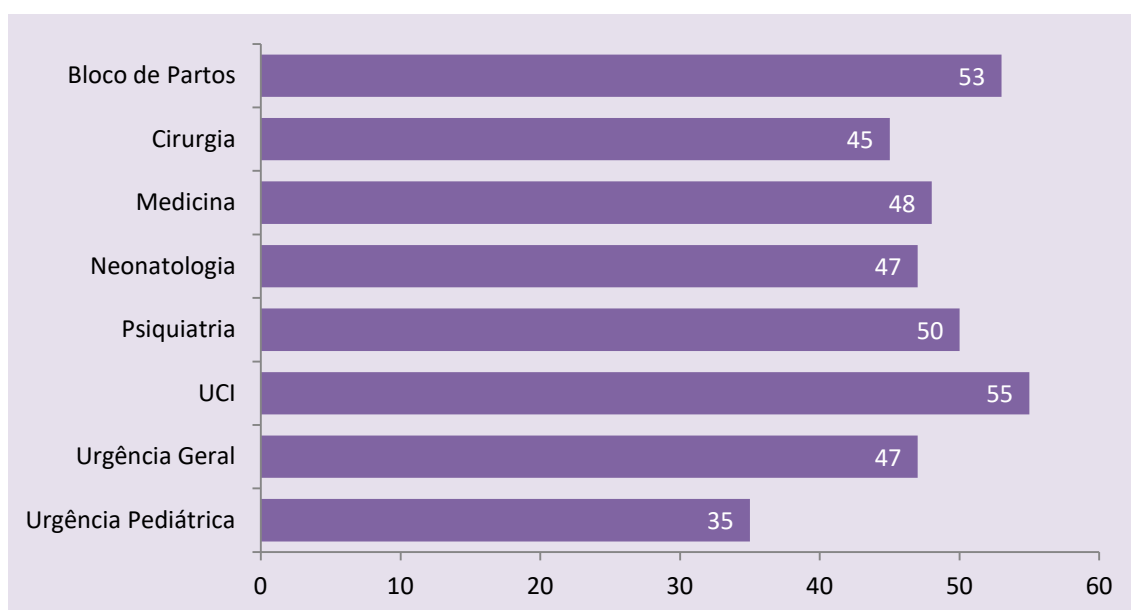
Quanto a diferenças entre os quatro grupos profissionais, os Técnicos indicam um nível de *Empowerment* Estrutural significativamente ($p = .005$) mais alto do que o dos Assistentes Operacionais, mas não significativamente mais alto do que o dos Enfermeiros e Médicos.

Figura 1. Nível de *Empowerment* Estrutural por Grupo Profissional



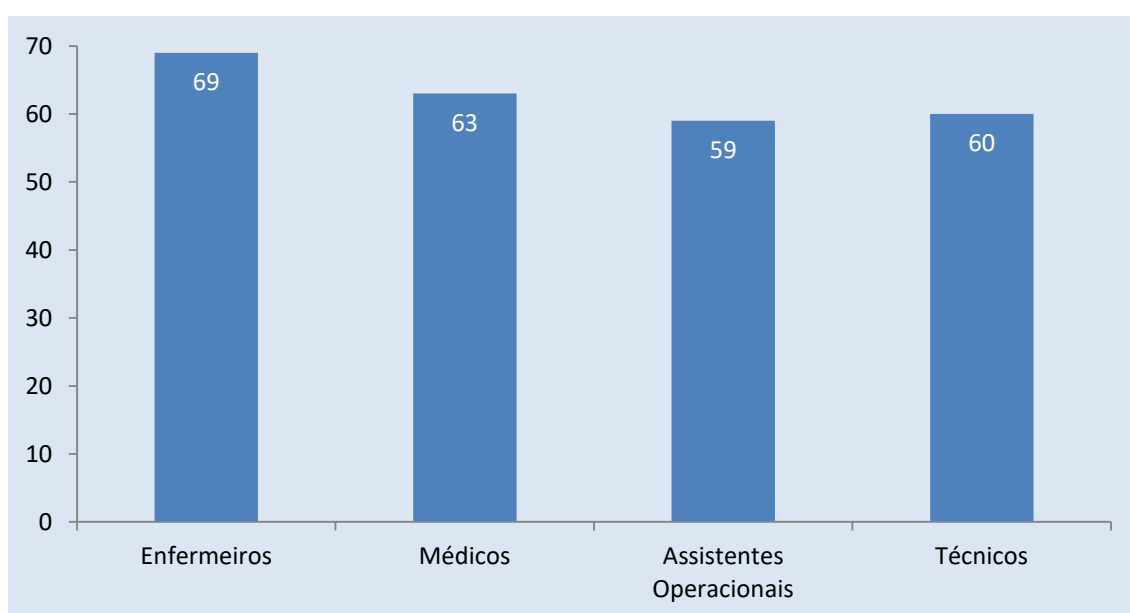
Os valores para *Empowerment* Estrutural dos oito serviços podem ser consultados na Figura 2. Verifica-se que são os profissionais de saúde dos serviços de UCI (55) e Bloco de Partos que apresentam os níveis de *Empowerment* Estrutural mais elevados, e os dos serviços de Urgência Pediátrica (35) e Cirurgia (45) os níveis mais baixos.

Os profissionais de saúde do serviço de UCI reportam um nível de *Empowerment* Estrutural significativamente mais alto do que o dos profissionais de saúde do serviço de Urgência Pediátrica ($p = .002$), mas não significativamente mais alto face aos restantes serviços.

Figura 2. Nível de *Empowerment* Estrutural por Serviço

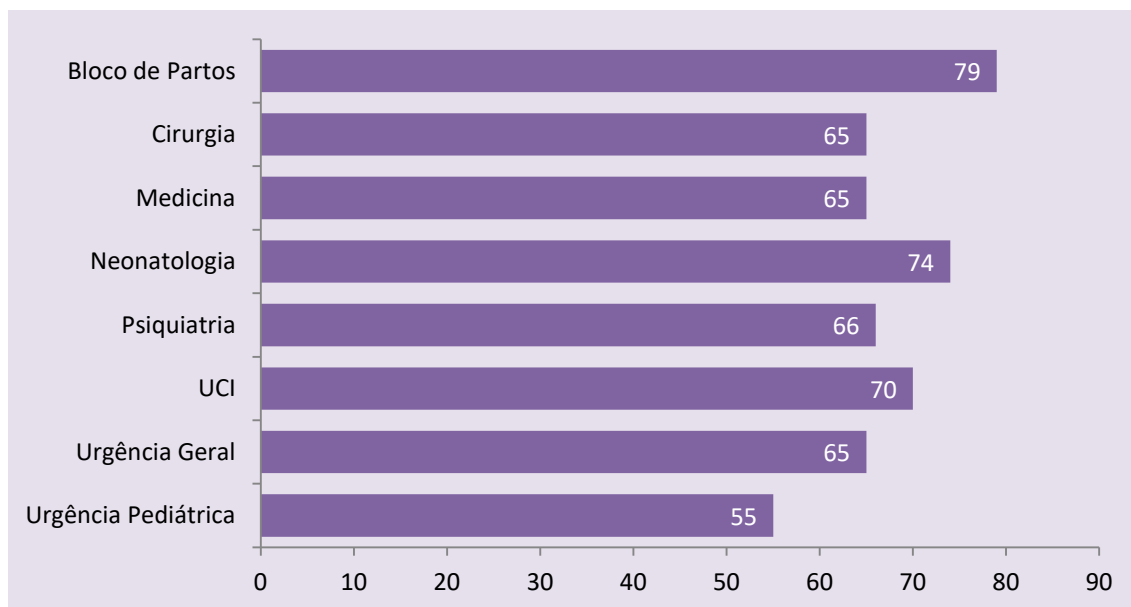
3.1.1 Oportunidades

A Figura 3 detalha os níveis de acesso a Oportunidades dos grupos profissionais. A média geral é de 65, indicando um grau de acesso a Oportunidades *moderado* no Hospital A, contudo, significativamente ($p < .05$) abaixo da média (68) apurada por Laschinger et al. (2001). São os Enfermeiros que apresentam o grau de acesso a Oportunidades mais elevado (69), superior à média de Laschinger et al., e os Assistentes Operacionais o grau de acesso mais baixo (59). A diferença entre os valores destes dois grupos profissionais é estatisticamente significativa ($p = .005$).

Figura 3. Nível de Acesso a Oportunidades por Grupo Profissional

Na Figura 4 encontram-se os níveis de acesso a Oportunidades dos oito serviços, os quais variam entre um mínimo de 55, para os profissionais de saúde do serviço de Urgência Pediátrica, e um máximo de 79, para os profissionais de saúde do serviço de Bloco de Partos. Não existem diferenças significativas entre os oito serviços relativamente ao grau de acesso a Oportunidades.

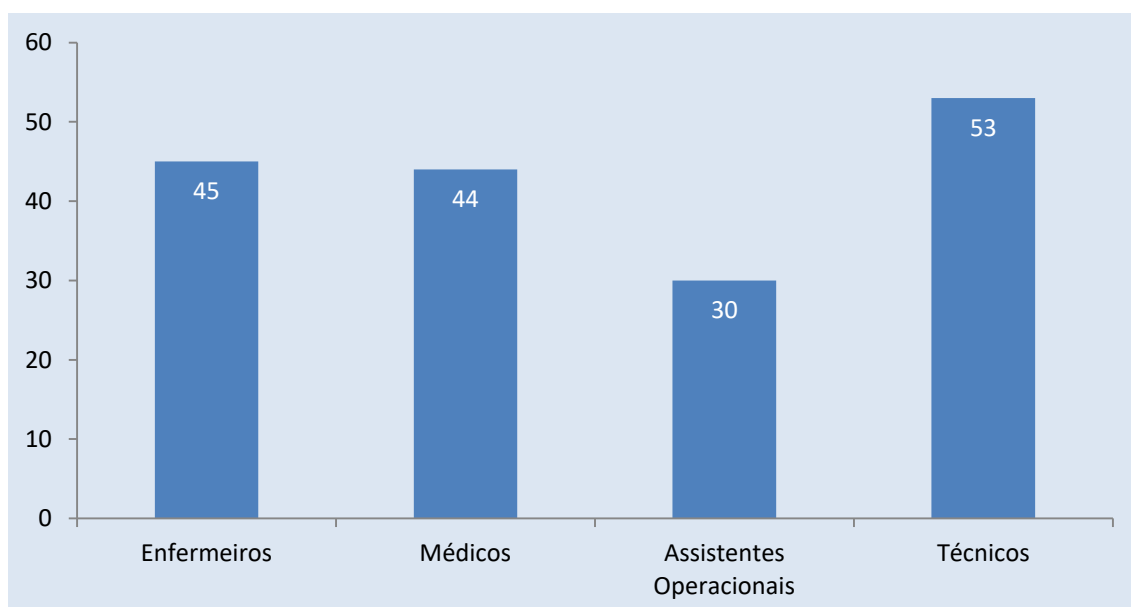
Figura 4. Nível de Acesso a Oportunidades por Serviço



3.1.2 Informação

Quanto ao grau de acesso a Informação, os valores que dizem respeito aos quatro grupos profissionais constam da Figura 5.

Figura 5. Nível de Acesso a Informação por Grupo Profissional

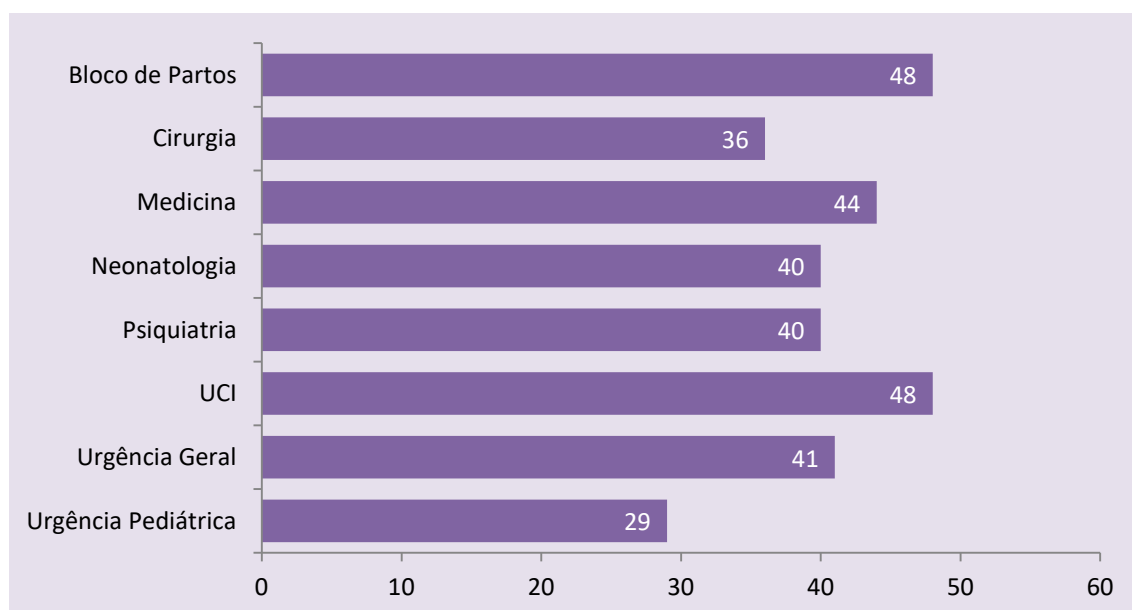


A média geral, no Hospital A, para grau de acesso a Informação é de 42, que é significativamente ($p < .05$) acima do valor (39) encontrada por Laschinger et al. (2001).

São os Técnicos que reportam o grau de acesso a Informação mais elevado (53), enquanto o grau de acesso a Informação mais baixo (30) é o dos Assistentes Operacionais. Existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos profissionais quanto ao grau de acesso a Informação: os Técnicos e os Enfermeiros têm significativamente mais acesso a Informação do que os Assistentes Operacionais ($p < .001$), mas não significativamente mais do que os Médicos.

A nível dos serviços, e de acordo com a Figura 6, são os profissionais de saúde dos serviços de Bloco de Partos e UCI, ambos com 48, que reportam o grau de acesso a Informação mais elevado. Em contrapartida, os níveis de acesso a Informação mais baixos são os dos serviços de Urgência Pediátrica (29) e Cirurgia (36). Não existem diferenças significativas entre os oito serviços relativamente ao grau de acesso a Informação.

Figura 6. Nível de Acesso a Informação por Serviço

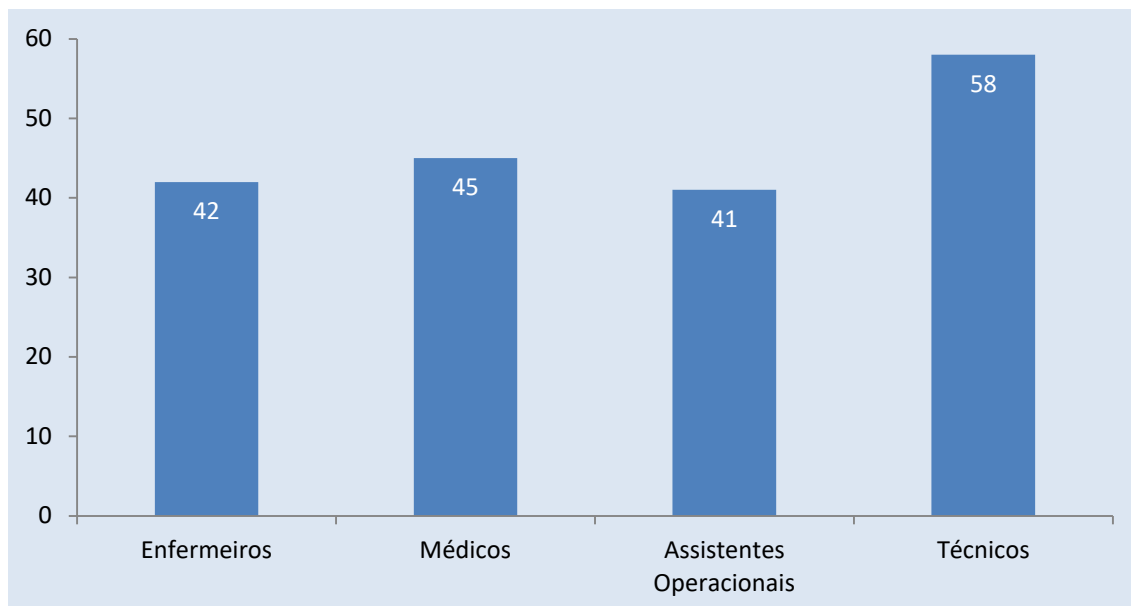


3.1.3 Apoio

Na Figura 7 apresentamos os níveis de acesso a Apoio dos quatro grupos profissionais, sendo a média geral de 44, que é significativamente ($p < .05$) superior à média (41) obtida por Laschinger et al. (2001). São os Técnicos que reportam o grau de acesso a Apoio mais elevado (58), enquanto os Assistentes Operacionais indicam o grau de acesso a Apoio mais baixo (41).

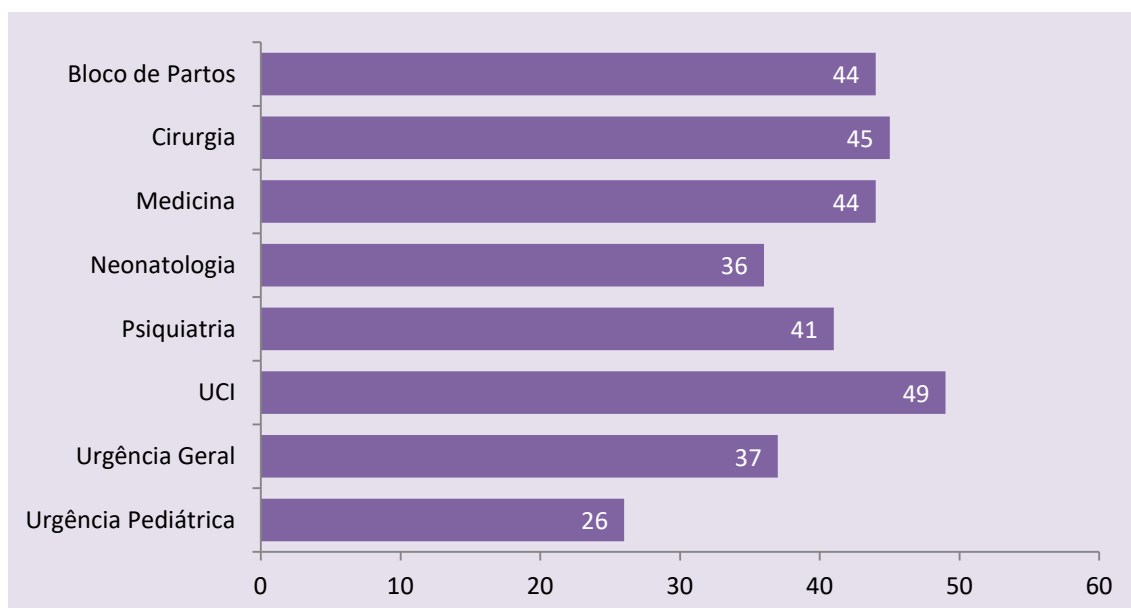
Os Técnicos têm significativamente mais acesso a Apoio do que os Enfermeiros ($p = .010$) e os Assistentes Operacionais ($p = .012$), mas não significativamente mais do que os Médicos.

Figura 7. Nível de Acesso a Apoio por Grupo Profissional



Quanto ao grau de acesso a Apoio dos serviços, são os profissionais de saúde dos serviços de UCI (49) e Cirurgia (45) que reportam os níveis mais elevados, e os dos serviços de Urgência Pediátrica (26) e Neonatologia (36) os níveis mais baixos (ver Figura 8).

Figura 8. Nível de Acesso a Apoio por Serviço

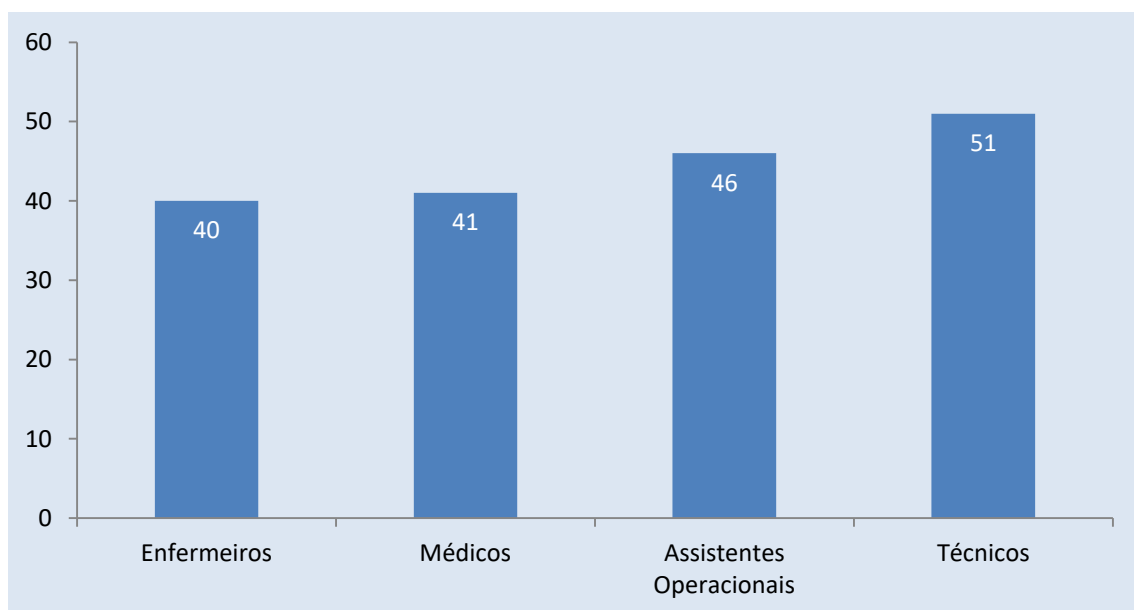


Em relação a diferenças entre os oito serviços quanto ao grau de acesso a Apoio, os profissionais de saúde do serviço de Urgência Pediátrica têm significativamente menos acesso a Apoio do que os profissionais de saúde dos serviços de Cirurgia ($p = .003$), Medicina ($p = .005$), e UCI ($p = .001$).

3.1.4 Recursos

Conforme pode ser observado na Figura 9, são os Técnicos que reportam o grau de acesso a Recursos mais elevado (51), e os Enfermeiros que indicam o grau de acesso a Recursos mais baixo (40). A média geral é de 43, que é significativamente ($p < .01$) inferior à média de 47, reportada por Laschinger et al. (2001).

Figura 9. Nível de Acesso a Recursos por Grupo Profissional

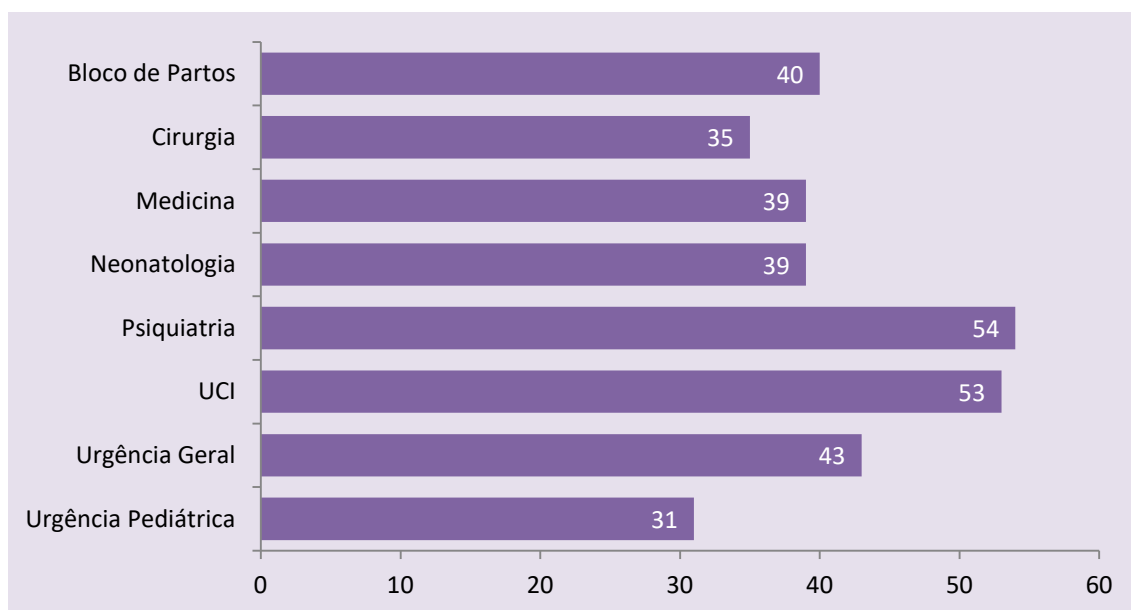


Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos profissionais quanto ao grau de acesso a Recursos.

No que diz respeito ao grau de acesso a Recursos por serviço, verifica-se na Figura 10 que são os profissionais de saúde dos serviços de Psiquiatria (54) e UCI (53) que mostram os níveis mais elevados, enquanto os dos serviços de Urgência Pediátrica (31) e Cirurgia (35) indicam os níveis mais baixos.

Relativamente a diferenças entre os oito serviços quanto ao grau de acesso a Recursos, os profissionais de saúde do serviço de UCI têm significativamente mais acesso a Recursos do que os profissionais de saúde dos serviços de Cirurgia ($p < .001$) e Urgência Pediátrica ($p = .001$), mas não significativamente mais do que os profissionais de saúde dos restantes serviços.

Figura 10. Nível de Acesso a Recursos por Serviço



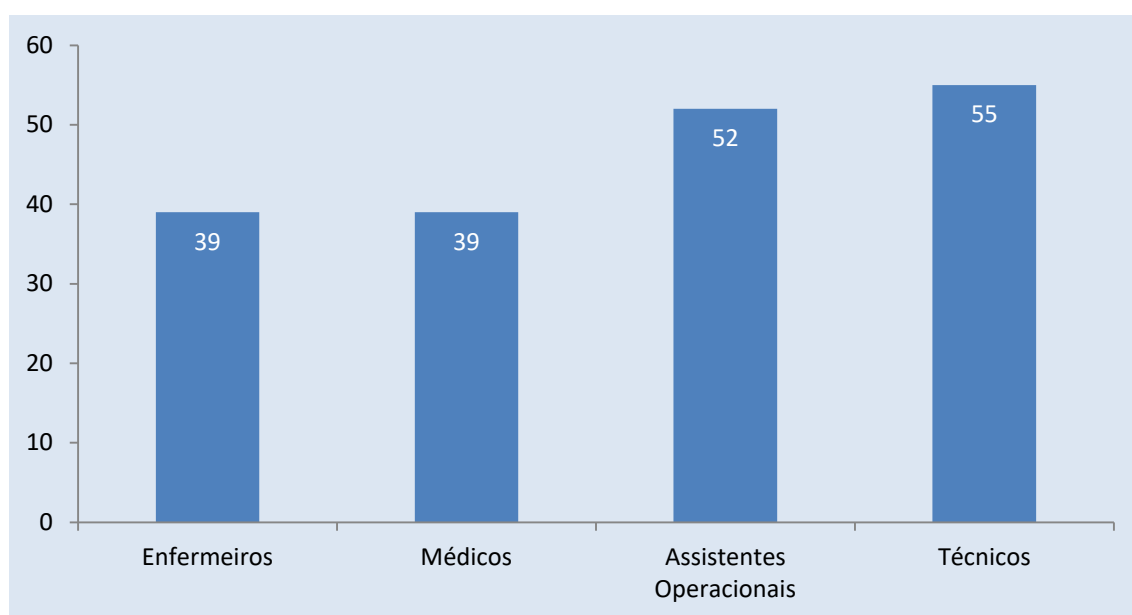
3.2 Áreas da Vida do Trabalho

3.2.1 Carga de Trabalho

Na Figura 11 indicamos os valores dos quatro grupos profissionais para a variável Carga de Trabalho. Salientamos que quanto mais baixo o valor reportado, maior o nível de incongruência entre a pessoa e a sua carga de trabalho. Por outras palavras, um valor baixo aponta para uma situação de excesso de trabalho, enquanto um valor alto é indicativo de uma carga de trabalho gerível.

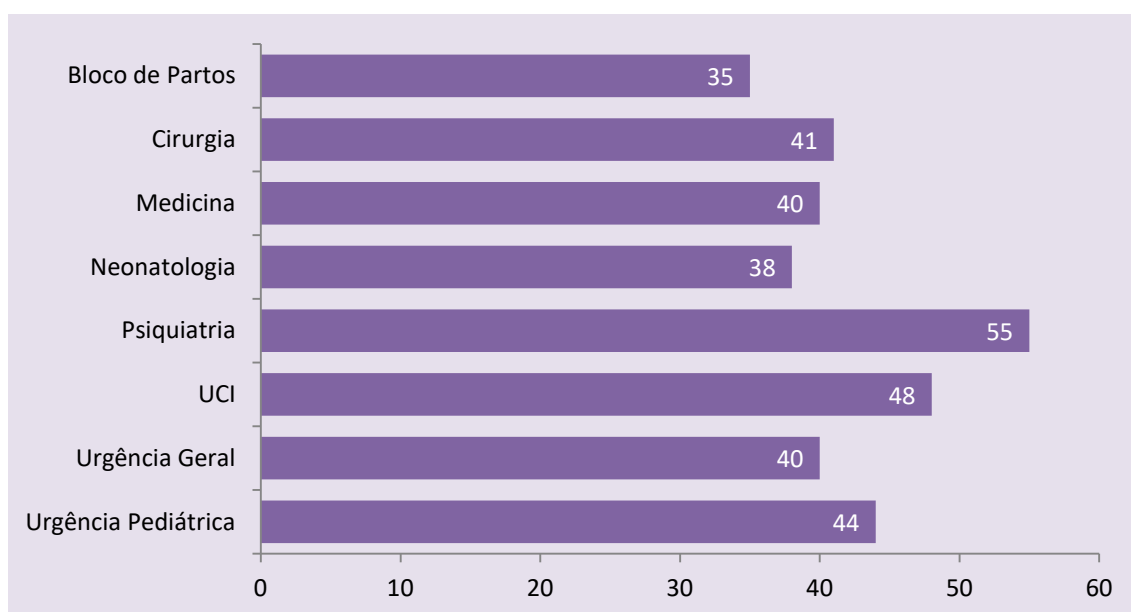
O valor médio para Carga de Trabalho é 44, o que é significativamente ($p < .001$) abaixo do valor normativo (49) proposto por Leiter e Maslach (2011). Isto significa que, em média, os profissionais de saúde do Hospital A têm sobrecarga de trabalho. São os Técnicos que reportam o valor mais alto (55), enquanto o valor mais baixo é dos Enfermeiros e Médicos, ambos com 39.

Figura 11. Nível de Carga de Trabalho (gerível) por Grupo Profissional



Existem diferenças significativas entre os quatro grupos profissionais quanto à Carga de Trabalho. Os Enfermeiros e os Médicos reportam uma carga de trabalho significativamente superior à dos Assistentes Operacionais ($p < .001$ e $p = .010$, respetivamente) e dos Técnicos ($p < .001$ e $p = .007$, respetivamente).

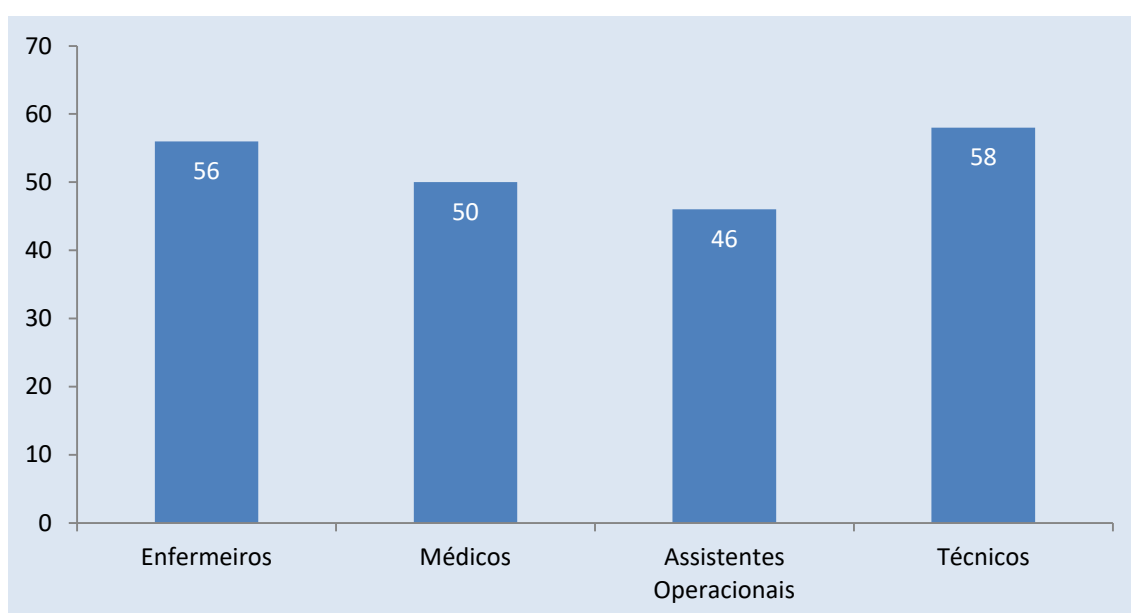
A nível dos serviços, e conforme pode ser verificado na Figura 12, são os profissionais de saúde dos serviços de Psiquiatria (55) e UCI (48) que reportam os valores mais altos para Carga de Trabalho (carga de trabalho mais gerível). Por outro lado, são os profissionais de saúde dos serviços de Bloco de Partos (35) e Neonatologia (38) que indicam os valores mais baixos (excesso de trabalho).

Figura 12. Nível de Carga de Trabalho (gerível) por Serviço

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os oito serviços quanto à Carga de Trabalho.

3.2.2 Controlo

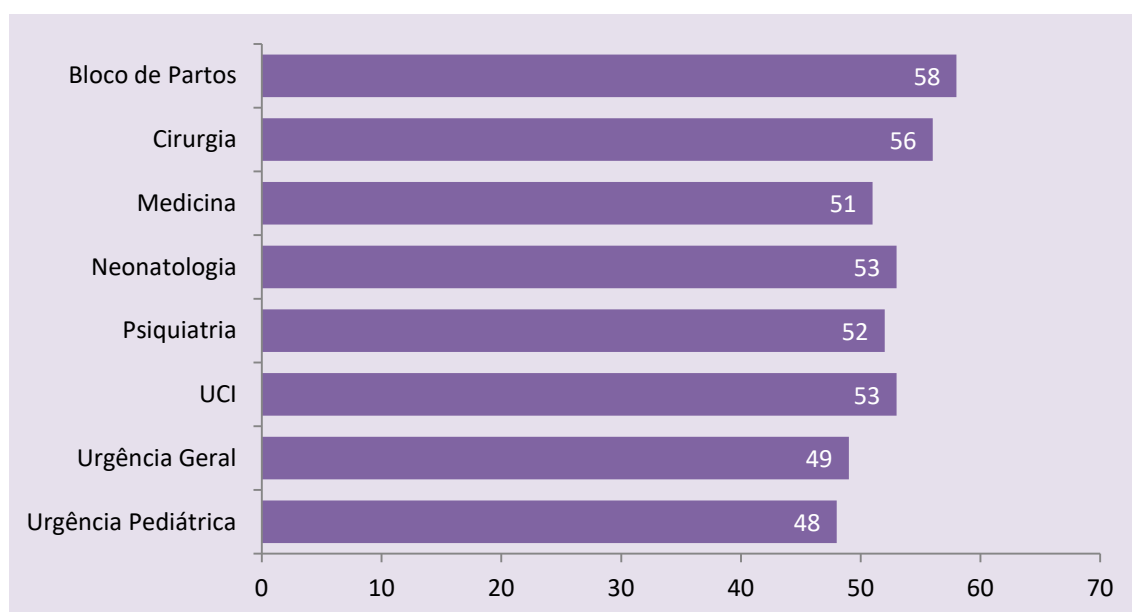
A Figura 13 detalha o nível de Controlo reportado por cada um dos grupos profissionais. O nível médio de Controlo no Hospital A é de 53, que é significativamente inferior ao valor normativo (58) de Leiter e Maslach (2011). O valor mais elevado (58), equivalente ao valor normativo, é dos Técnicos, e o valor mais baixo (46) é dos Assistentes Operacionais.

Figura 13. Nível de Controlo por Grupo Profissional

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos profissionais quanto ao nível de Controlo. Os Assistentes Operacionais têm significativamente menos Controlo no trabalho do que os Enfermeiros ($p < .001$) e os Técnicos ($p = .007$), mas não significativamente menos do que os Médicos.

Na Figura 14 apresentamos os valores para variável Controlo, a nível dos serviços. São os profissionais de saúde dos serviços de Bloco de Partos (58) e Cirurgia (56) que reportam os valores mais elevados, enquanto os valores mais baixos são os dos profissionais de saúde dos serviços de Urgência Pediátrica (48) e Urgência Geral (49).

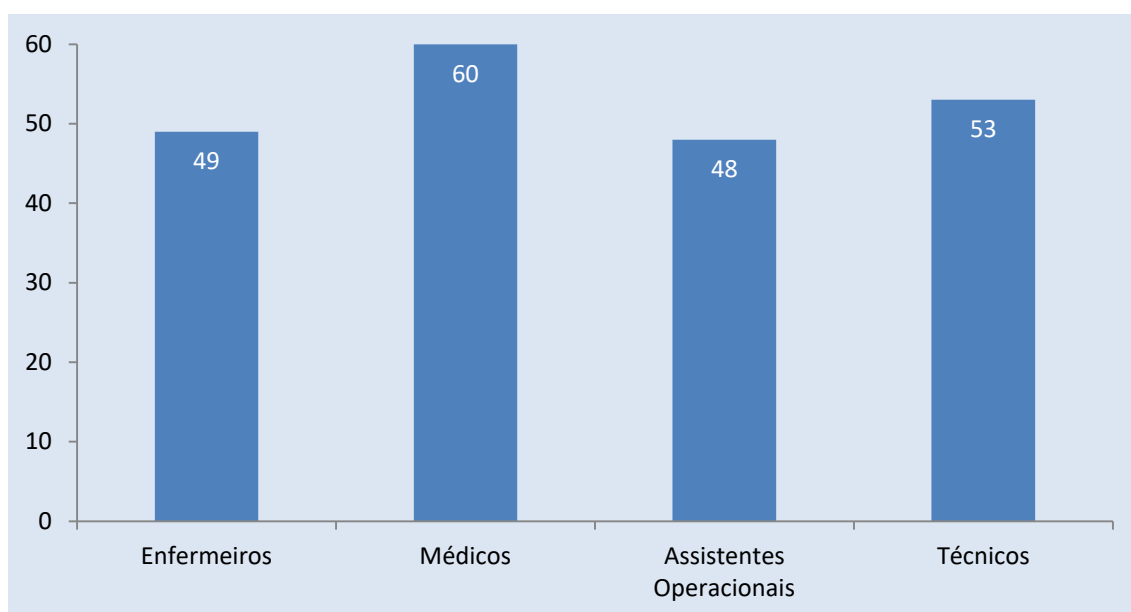
Figura 14. Nível de Controlo por Serviço



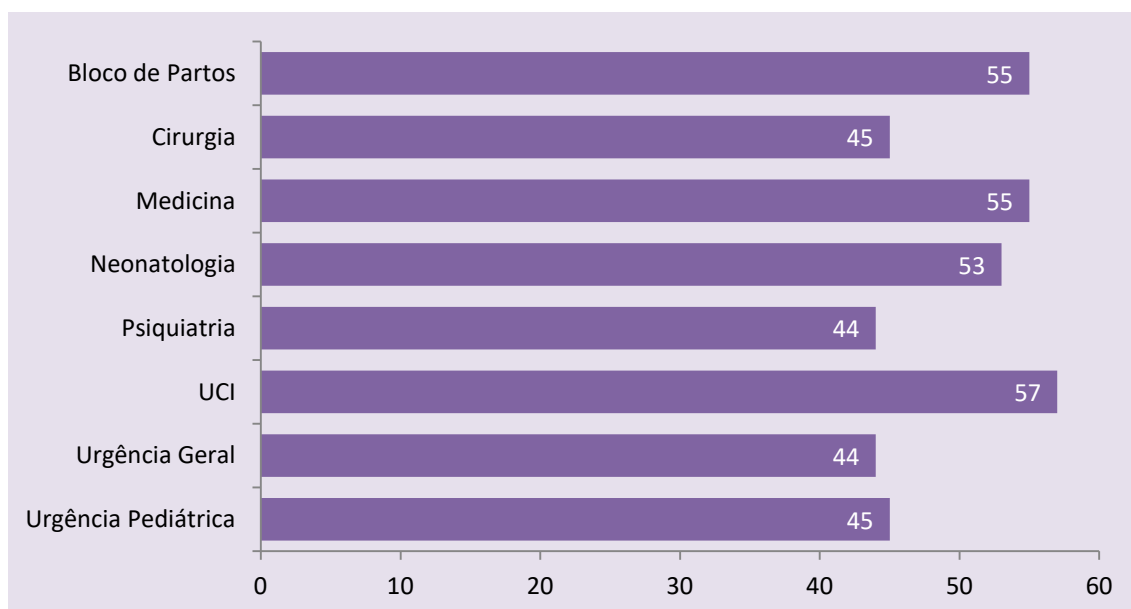
Não existem diferenças estatisticamente significativas ($p < .007$) entre os oito serviços relativamente ao nível de Controlo no trabalho.

3.2.3 Recompensas

Os valores para a variável Recompensas para os quatro grupos profissionais encontram-se na Figura 15. A média geral é de 50, que é significativamente ($p < .001$) abaixo do valor normativo de 55 (Leiter & Maslach, 2011), refletindo um sentimento geral de falta de reconhecimento social/financeiro nos profissionais de saúde do Hospital A. O valor mais alto (60), e superior ao valor normativo, é dos Médicos, enquanto o mais baixo (48) é dos Assistentes Operacionais. Contudo, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos profissionais quanto ao nível de Recompensas.

Figura 15. Nível de Recompensas por Grupo Profissional

A Figura 16 indica os valores para Recompensas para os oito serviços. Verifica-se que são os profissionais de saúde dos serviços de UCI (57) e Bloco de Partos e Medicina, ambos com um valor de 55, que reportam os valores mais elevados. Em contrapartida, são os profissionais de saúde dos serviços de Psiquiatria e Urgência Geral, ambos com 44, e Cirurgia e Urgência Pediátrica, ambos com um valor de 45, que reportam os níveis mais baixos em relação à variável Recompensas.

Figura 16. Nível de Recompensas por Serviço

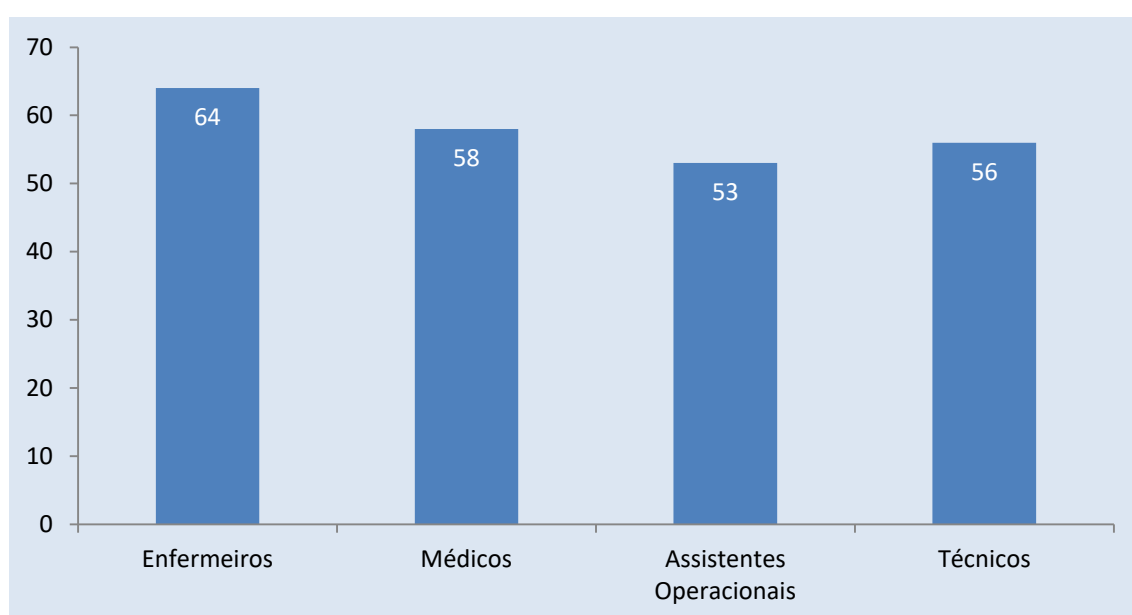
O sentimento de reconhecimento social/financeiro dos profissionais de saúde do serviço de Urgência Geral é significativamente mais baixo do que o dos profissionais de saúde do serviço de UCI ($p = .001$), mas não significativamente mais baixo do que o

sentimento de reconhecimento social/financeiro dos profissionais de saúde dos restantes serviços.

3.2.4 Comunidade

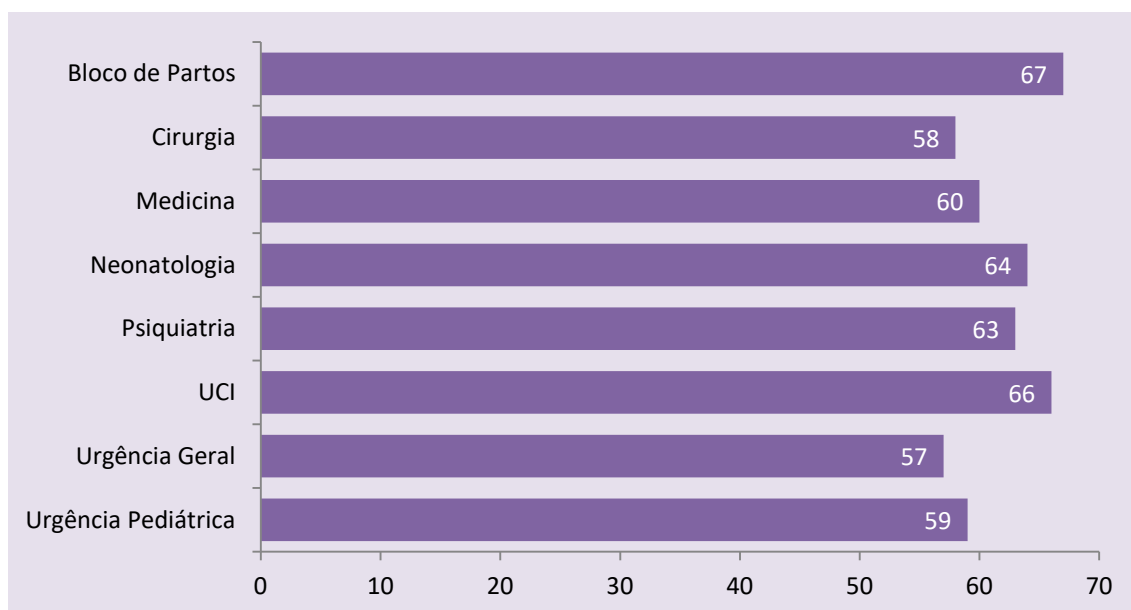
Os valores dos quatro grupos profissionais referentes ao sentimento de Comunidade podem ser consultados na Figura 17. O valor médio é de 60, que é igual ao valor normativo de Leiter e Maslach (2011), sugerindo um sentimento de Comunidade *moderado*. O valor mais elevado (64), e superior ao valor normativo, é dos Enfermeiros, enquanto o mais baixo (53), e bastante inferior ao valor normativo e média para o Hospital A, é dos Assistentes Operacionais.

Figura 17. Nível de Comunidade por Grupo Profissional



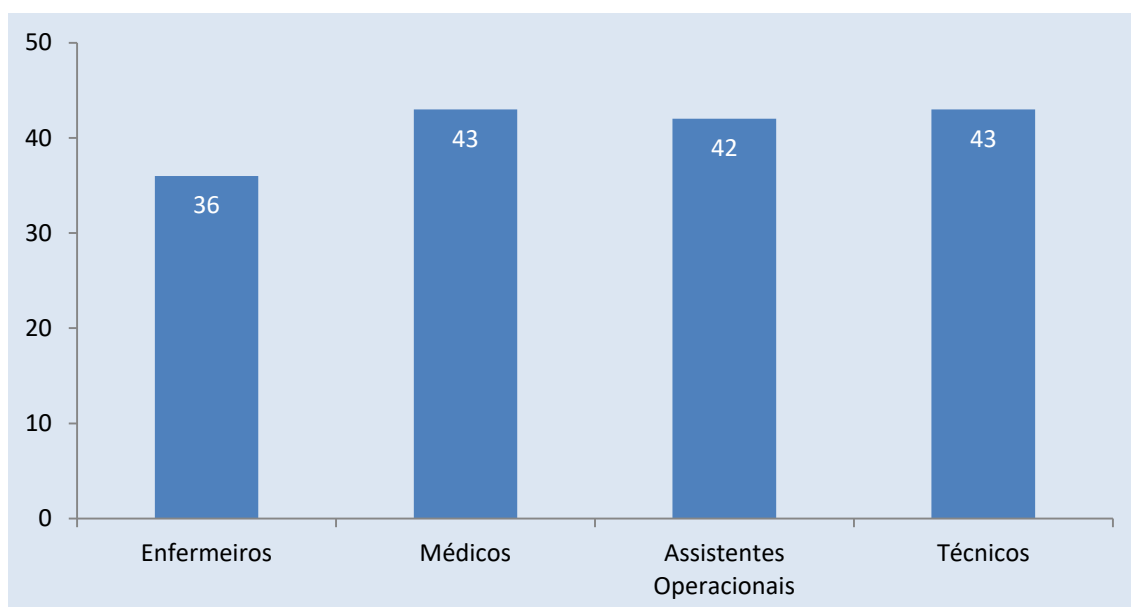
Quanto a diferenças entre os quatro grupos profissionais, verifica-se que o sentimento de Comunidade no trabalho dos Enfermeiros é significativamente mais elevado do que o dos Assistentes Operacionais ($p < .001$), mas não significativamente mais elevado do que o sentimento de Comunidade dos Médicos e dos Técnicos.

A nível dos serviços, a Figura 18 mostra que os valores para o sentimento de Comunidade variam entre um mínimo de 57, para os profissionais de saúde do serviço de Urgência Geral, e um máximo de 67, para os profissionais de saúde do serviço de Bloco de Partos. Não existem diferenças estatisticamente significativas ($p < .007$) entre os oito serviços quanto ao sentimento de Comunidade no trabalho.

Figura 18. Nível de Comunidade por Serviço

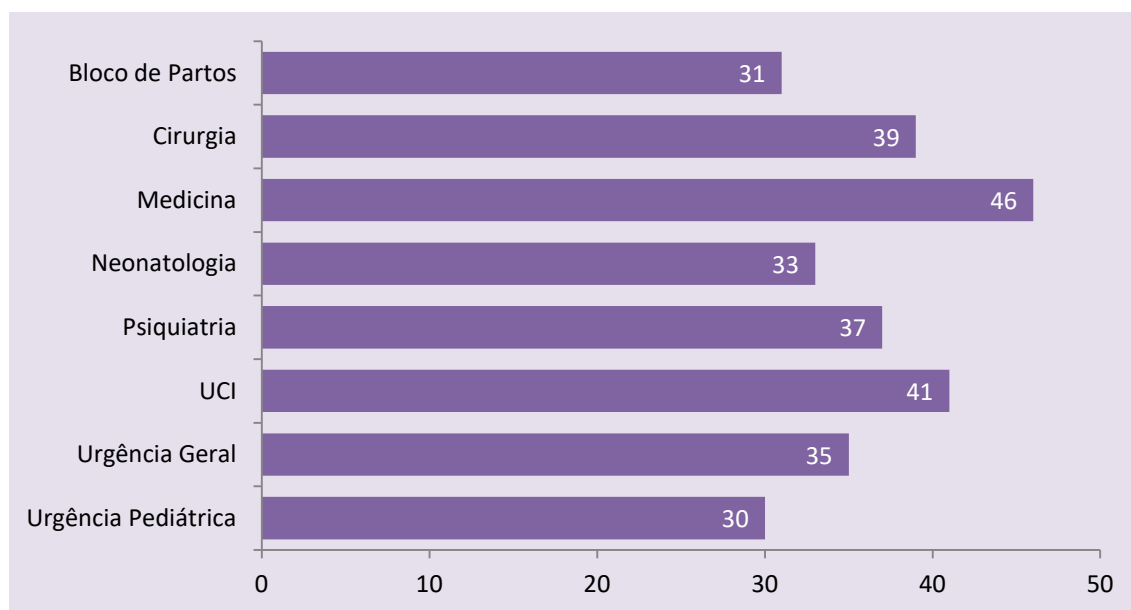
3.2.5 Justiça

Referente à variável Justiça, na Figura 19 apresentamos os valores reportados pelos grupos ocupacionais. A média geral é de 38, que é significativamente ($p < .001$) inferior ao valor normativo de 45 (Leiter & Maslach, 2011), refletindo um sentimento geral de falta de justiça entre os profissionais de saúde do Hospital A. São os Médicos e os Técnicos, ambos com 43, que reportam o valor mais alto, e o valor mais baixo é dos Enfermeiros (36). O sentimento de justiça dos Enfermeiros é significativamente inferior ao dos Assistentes Operacionais ($p = .007$), mas não significativamente inferior ao dos Médicos e Técnicos.

Figura 19. Nível de Justiça por Grupo Profissional

Em relação aos serviços, e conforme pode ser observado na Figura 20, o sentimento de Justiça mais baixo é reportado pelos profissionais de saúde dos serviços de Urgência Pediátrica (30), Bloco de Partos (31) e Neonatologia (33). Por outro lado, são os profissionais de saúde dos serviços de Medicina (46), UCI (41) e Cirurgia (39) que reportam os valores mais altos para Justiça (i.e., sentimento de Justiça mais elevado). É de notar que o valor apresentado pelo serviço de Medicina é superior ao valor normativo de Leiter e Maslach (2011).

Figura 20. Nível de Justiça por Serviço

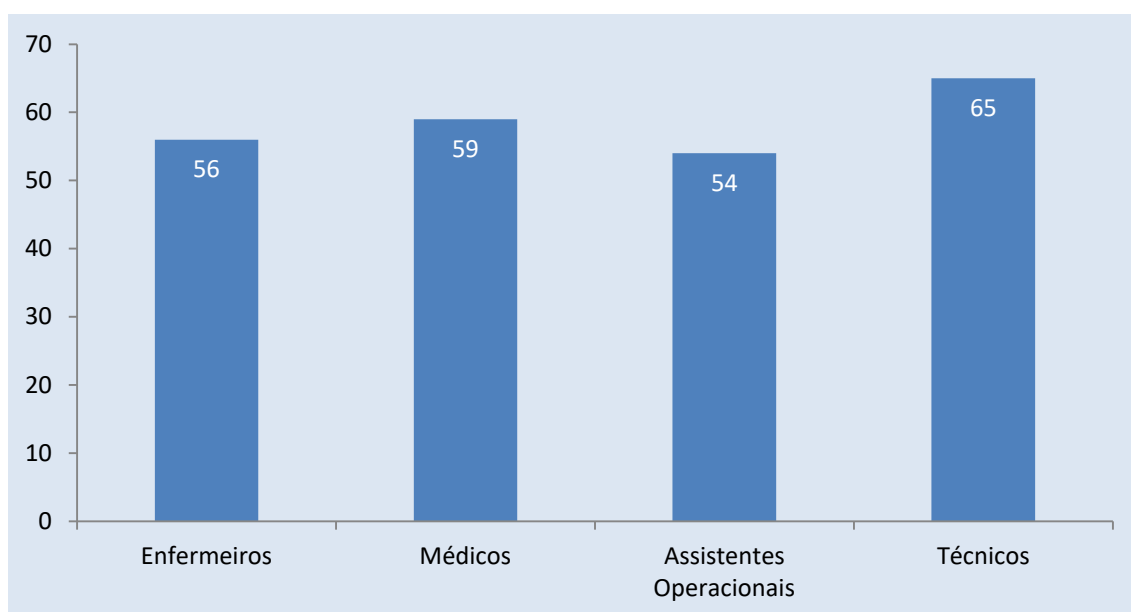


Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os oito serviços quanto ao sentimento de Justiça no trabalho.

3.2.6 Valores

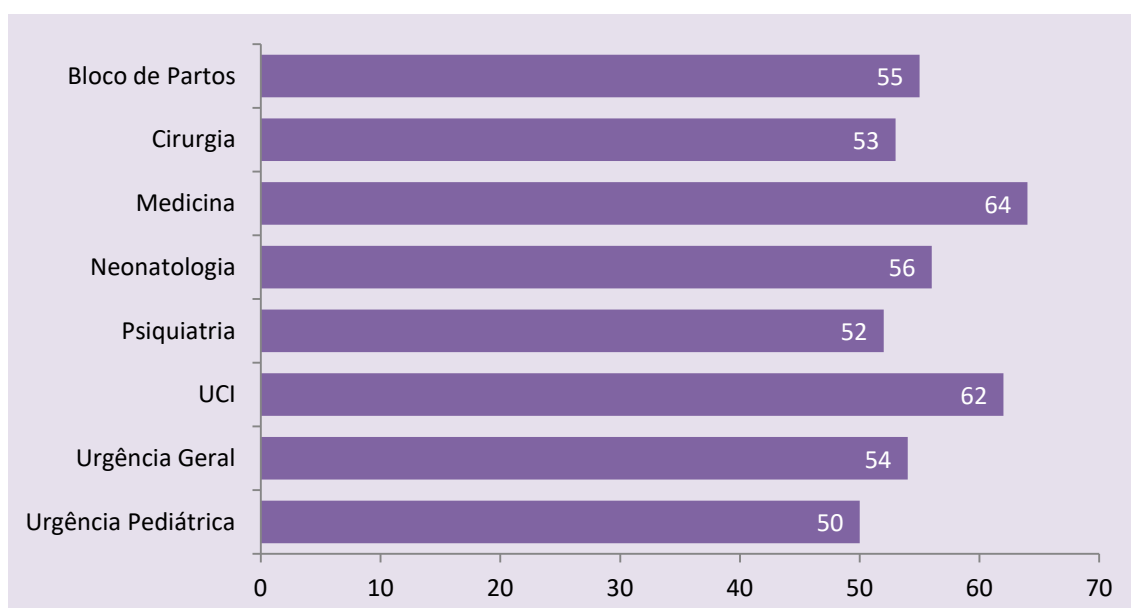
Relativamente à variável Valores, a média geral para o Hospital A é de 57, que não é significativamente superior ao valor normativo de 56 proposto por Leiter e Maslach (2011). Isto sugere que, de forma geral, existe um nível de congruência moderado entre os valores pessoais dos profissionais de saúde e os valores da organização (Hospital A).

Na Figura 21 apresentamos os níveis para Valores, reportados pelos quatro grupos profissionais. Observa-se que o nível mais elevado, e bastante superior ao valor normativo, é o dos Técnicos (65), enquanto o nível mais baixo pertence aos Assistentes Operacionais (54).

Figura 21. Nível de Valores por Grupo Profissional

Quanto a diferenças entre os quatro grupos profissionais, os Técnicos apresentam um nível de congruência entre os seus valores pessoais e os da organização significativamente maior do que os Enfermeiros ($p = .006$) e os Assistentes Operacionais ($p = .004$), mas não significativamente maior do que os Médicos.

Em termos dos serviços, e conforme indicado na Figura 22, os níveis para Valores variam entre um mínimo de 50, para os profissionais de saúde do serviço de Urgência Pediátrica, e um máximo de 64, bastante superior ao valor normativo, para os profissionais de saúde do serviço de Medicina. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os oito serviços quanto à variável Valores.

Figura 22. Nível de Valores por Serviço

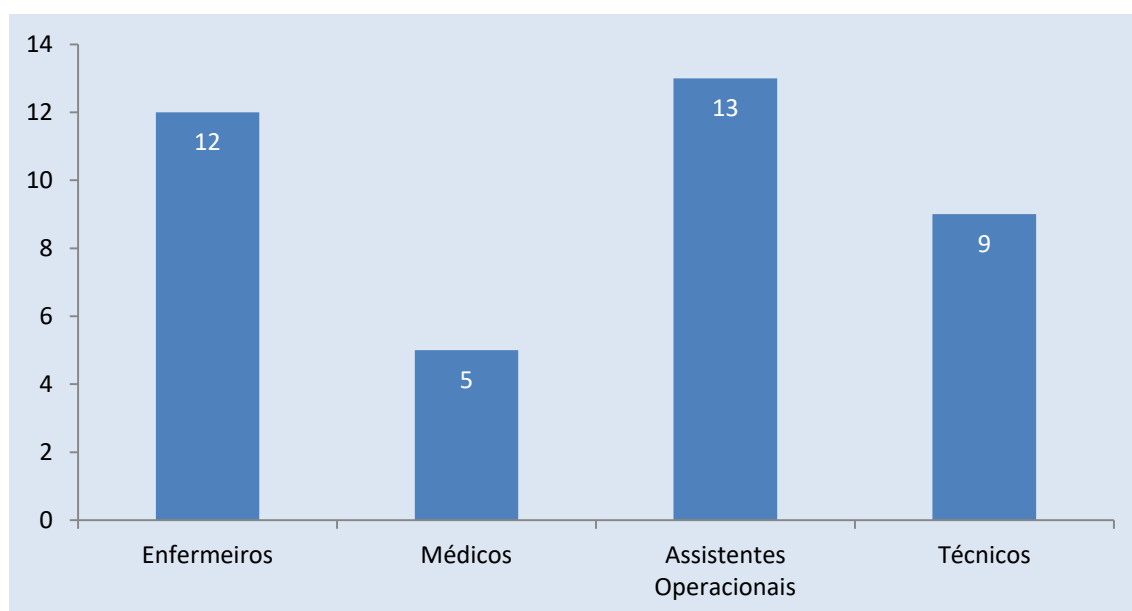
3.3 Incivilidade no Trabalho

3.3.1 Incivilidade de Supervisores

A Figura 23 detalha os níveis de Incivilidade de Supervisores reportados pelos quatro grupos profissionais. O nível médio de Incivilidade de Supervisores no Hospital A é de 12, o que não é significativamente acima da média de 10, encontrada por Leiter e Day (2013) em amostras de profissionais de saúde canadianos.

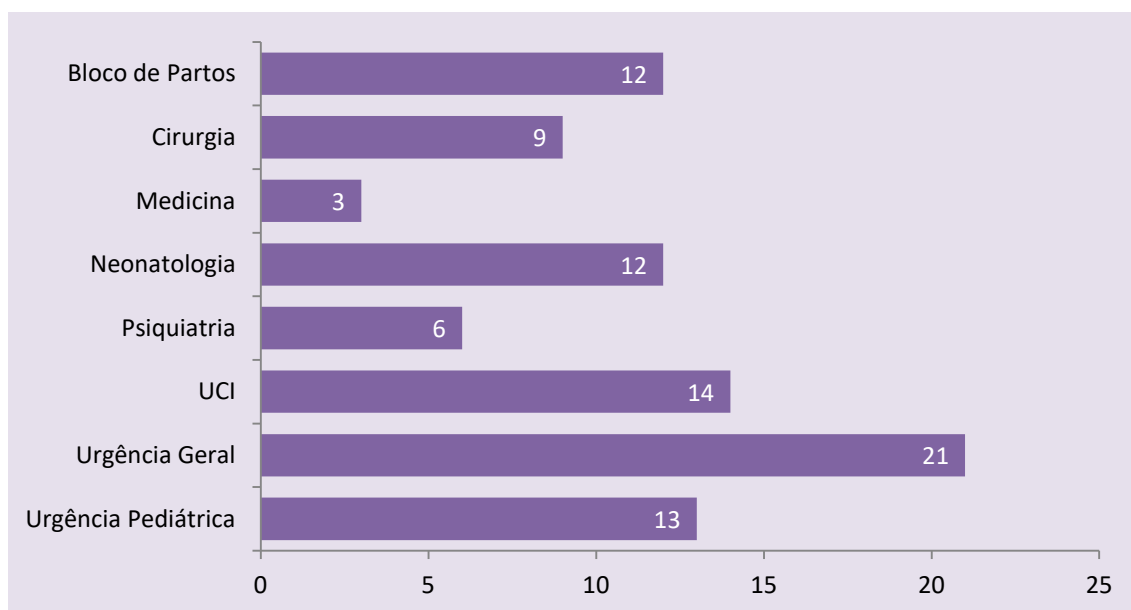
No Hospital A são os Assistentes Operacionais que reportam o nível mais elevado (13) de Incivilidade de Supervisores, enquanto os Médicos indicam o nível mais baixo (5). Contudo, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos profissionais quanto ao nível de Incivilidade de Supervisores.

Figura 23. Nível de Incivilidade de Supervisores por Grupo Profissional



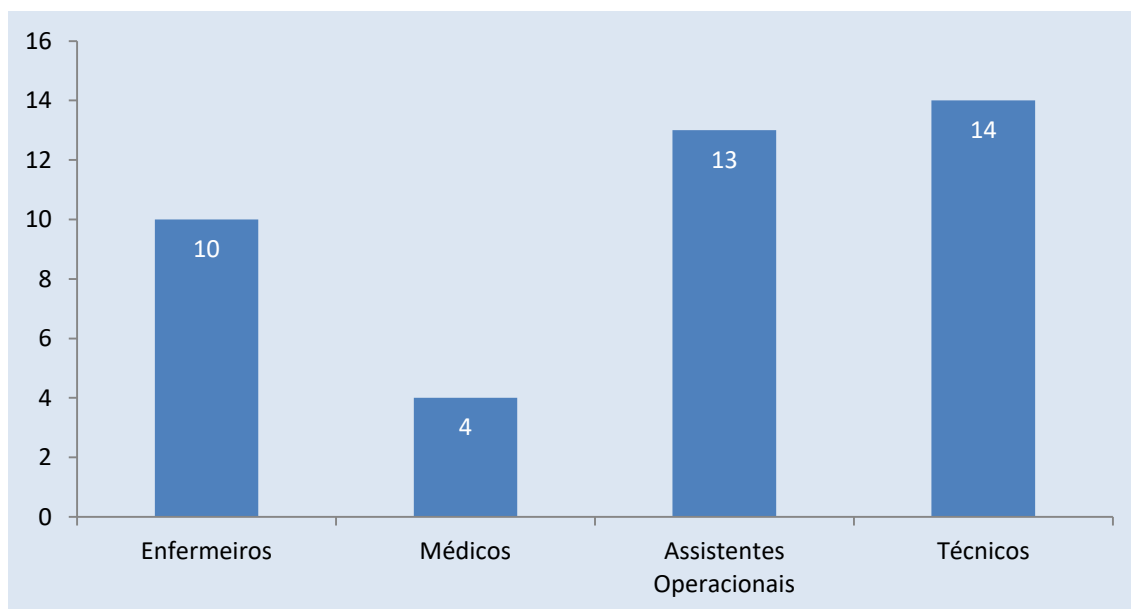
No que diz respeito ao nível de Incivilidade de Supervisores por serviço, na Figura 24 verifica-se que os valores variam entre um mínimo de três, para os profissionais de saúde do serviço de Medicina, e um máximo de 21, bastante superior à média de Leiter e Day (2013), para os profissionais de saúde do serviço de Urgência Geral. Salienta-se que cinco (63%) dos oito serviços apresentam um valor para Incivilidade de Supervisores acima do valor (10) reportado por Leiter e Day (2013).

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os oito serviços quanto ao nível de Incivilidade de Supervisores: Os profissionais de saúde do serviço de Urgência Geral reportam significativamente mais Incivilidade de Supervisores do que os profissionais dos serviços de Medicina ($p < .001$), Cirurgia ($p < .001$), e Psiquiatria ($p = .005$), mas não significativamente mais do que os restantes serviços.

Figura 24. Nível de Incivilidade de Supervisores por Serviço

3.3.2 Incivilidade de Colegas

Os valores dos grupos profissionais para a variável Incivilidade de Colegas, encontram-se na Figura 25. São os Técnicos que reportam o nível de Incivilidade de Colegas mais elevado (14), enquanto o nível mais baixo (4) é o dos Médicos.

Figura 25. Nível de Incivilidade de Colegas por Grupo Profissional

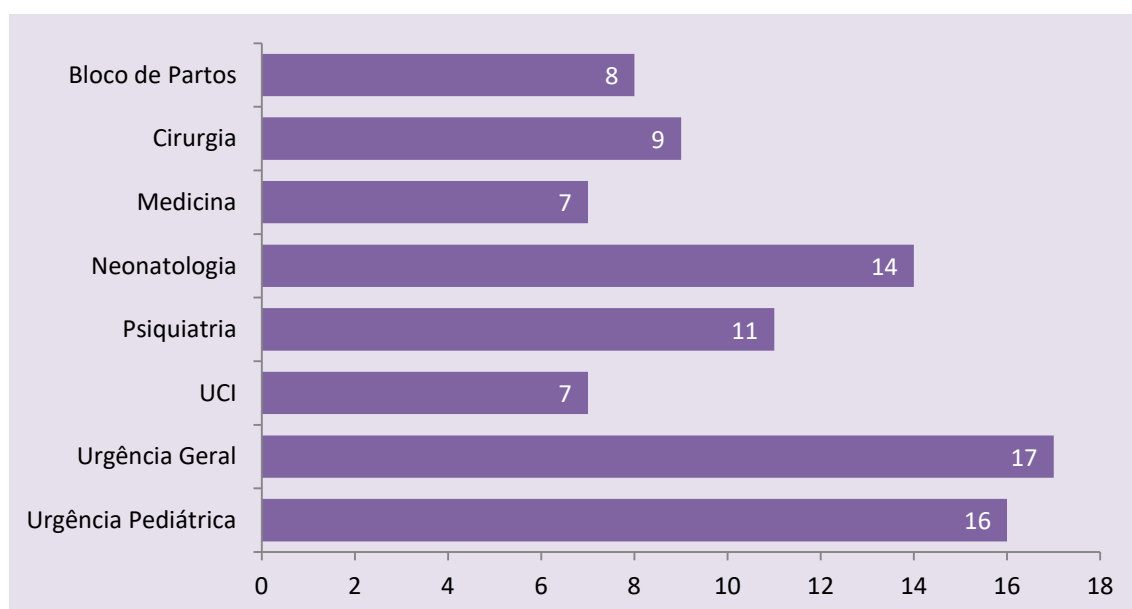
Em média, o nível de Incivilidade de Colegas no Hospital A é de 11, que não é significativamente superior à média de 10, verificada por Leiter e Day (2013).

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos profissionais quanto ao nível de Incivilidade de Colegas.

Em relação aos serviços, e conforme pode ser observado na Figura 26, são os profissionais de saúde dos serviços de Urgência Geral (17), Urgência Pediátrica (16), e Neonatologia (14) que reportam mais Incivilidade de Colegas. Os valores destes três serviços são bastante superiores à média geral e ao valor apurado por Leiter e Day (2013). Em contrapartida, são os profissionais de saúde dos serviços de Medicina e UCI, ambos com 7, e Bloco de Partos (8), que apresentam os níveis mais baixos de Incivilidade de Colegas.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os oito serviços quanto ao nível de Incivilidade de Colegas.

Figura 26. Nível de Incivilidade de Colegas por Serviço

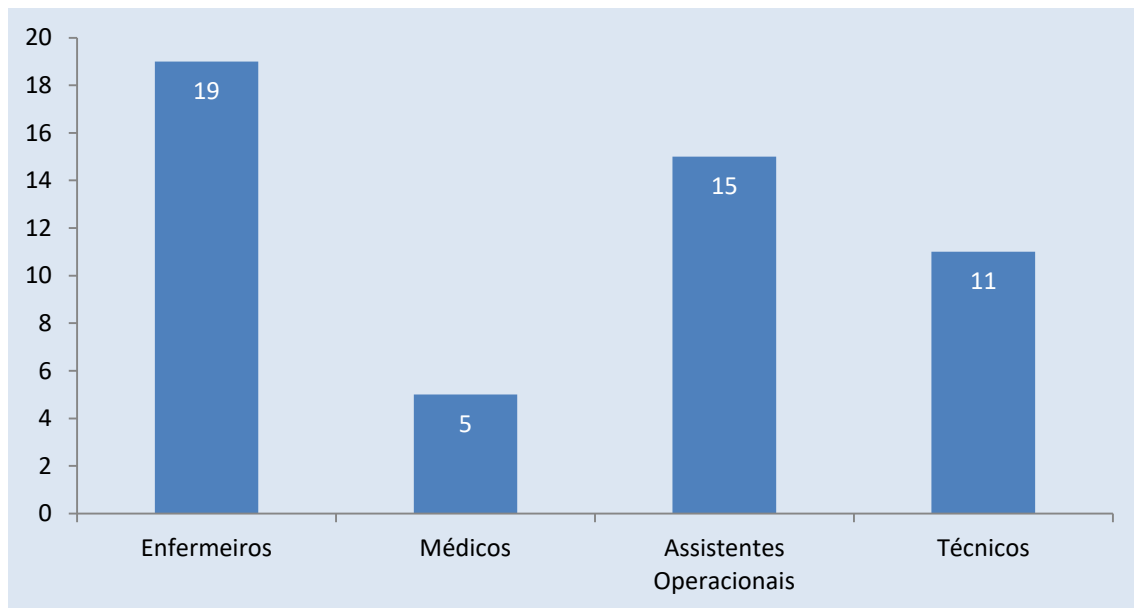


3.3.3 Incivilidade de Utentes/Clientes

A Figura 27 mostra os níveis de Incivilidade de Utentes/Clientes reportados pelos quatro grupos profissionais. A média geral para o Hospital A é de 16 (não existe termo de comparação dado que esta escala ainda não foi aplicada em amostras de profissionais de saúde não portuguesas).

Nos grupos profissionais são os Enfermeiros que reportam o nível de Incivilidade de Utentes/Clientes mais elevado (19), e os Médicos o nível mais baixo (5).

Figura 27. Nível de Incivilidade de Utentes/Clientes por Grupo Profissional

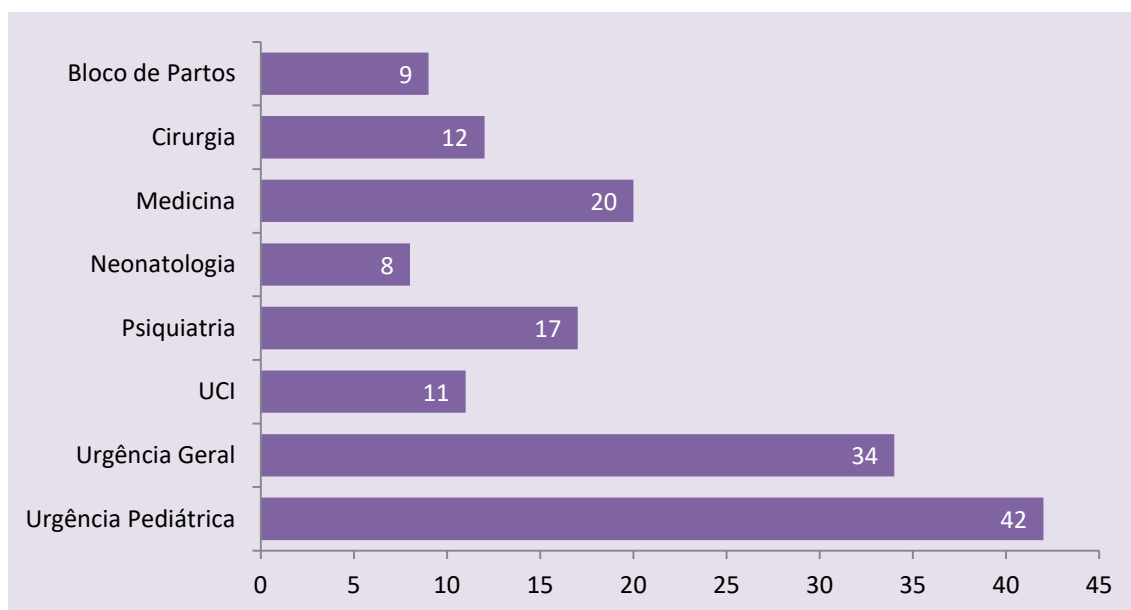


Existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos profissionais quanto ao nível de Incivilidade de Utentes/Clientes: os Médicos relatam significativamente menos Incivilidade de Utentes/Clientes do que os Enfermeiros ($p = .002$) e os Assistentes Operacionais ($p = .014$), mas não significativamente menos do que os Técnicos.

Passando para os serviços, na Figura 28 verifica-se que são os profissionais de saúde dos serviços de Urgência Pediátrica (42) e Urgência Geral (34) que reportam mais Incivilidade de Clientes/Utentes. Os valores destes dois serviços são bastante superiores à média geral (16). Os profissionais de saúde dos serviços de Neonatologia (8), Bloco de Partos (9) e UCI (11) são os que reportam menos Incivilidade de Clientes/Utentes.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os oito serviços quanto ao nível de Incivilidade de Utentes/Clientes:

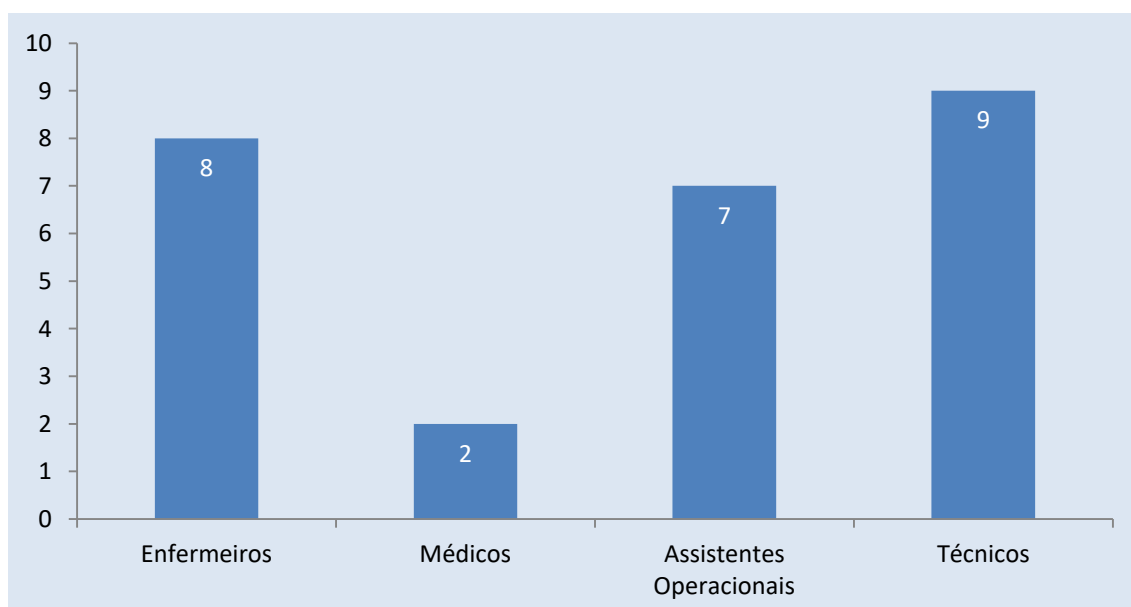
- (a) os profissionais de saúde dos serviços de Urgência Geral e Urgência Pediátrica acusam significativamente mais Incivilidade de Utentes/Clientes do que os dos serviços de Bloco de Partos ($p < .001$ e $p = .001$, respetivamente), Cirurgia ($p < .001$ em ambos os casos), Neonatologia ($p < .001$ em ambos os casos), e UCI ($p < .001$ em ambos os casos);
- (b) os profissionais de saúde do serviço de Medicina reportam uma frequência de Incivilidade de Utentes/Clientes significativamente mais elevada do que os dos serviços de Bloco de partos ($p = .006$) e Neonatologia ($p = .001$).

Figura 28. Nível de Incivilidade de Utentes/Clientes por Serviço

3.3.4 Incivilidade Instigada pelo(a) Respondente

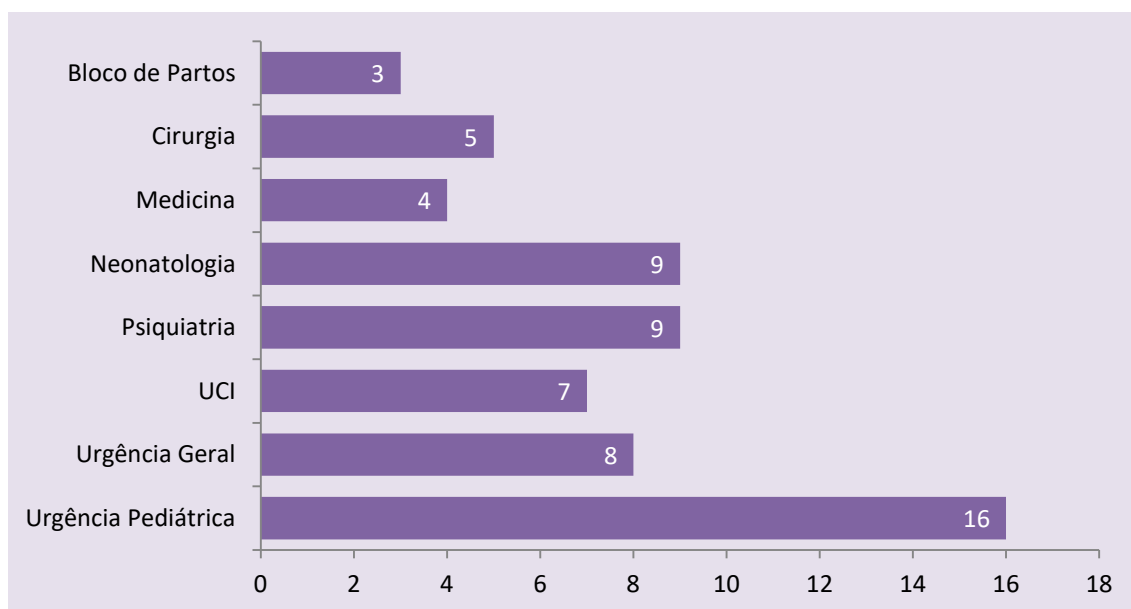
Na Figura 29 apresentamos os valores para Incivilidade Instigada pelo(a) Respondente a nível dos grupos profissionais. O valor médio é de 7, que não é significativamente superior à média encontrada por Leiter e Day (2013).

Os Técnicos reportam o valor mais elevado (9) para Incivilidade Instigada pelo(a) Respondente, e são os Médicos que indicam o valor mais baixo (2). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos profissionais quanto ao nível de Incivilidade Instigada pelo(a) Respondente.

Figura 29. Nível de Incivilidade Instigada por Grupo Profissional

A nível dos serviços, e de acordo com a Figura 30, os valores para Incivilidade Instigada pelo(a) Respondente variam entre um mínimo de três, para o serviço de Bloco de Partos, e um máximo de 16, para o serviço de Urgência Pediátrica. Importa referir que o valor do serviço de Urgência Pediátrica para Incivilidade Instigada pelo(a) Respondente é mais do que duas vezes superior à média geral.

Figura 30. Nível de Incivilidade Instigada por Serviço



Em relação a diferenças entre os oito serviços quanto ao nível de Incivilidade Instigada, verifica-se que são os profissionais de saúde do serviço de Urgência Pediátrica que instigam significativamente mais incivilidade do que os profissionais de saúde dos serviços de Bloco de Partos ($p = .001$), Cirurgia ($p = .006$), e Medicina ($p = .006$), mas não significativamente mais do que os dos restantes serviços.

3.4 Civilidade no Trabalho

A Figura 31 detalha os níveis de Civilidade no Trabalho dos quatro grupos profissionais. A média geral é de 60, que é significativamente ($p < .001$) inferior aos valores obtidos em amostras de profissionais de saúde americanas (65; Osatuke et al., 2009) e canadenses (68; Leiter, Day, & Price, 2015). Entre os grupos profissionais são os Enfermeiros que apresentam o nível de Civilidade no Trabalho mais elevado (62), enquanto os Médicos e os Assistentes Operacionais, ambos com 57, indicam o nível mais baixo. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos profissionais quanto ao nível de Civilidade no Trabalho.

Figura 31. Nível de Civilidade no Trabalho por Grupo Profissional

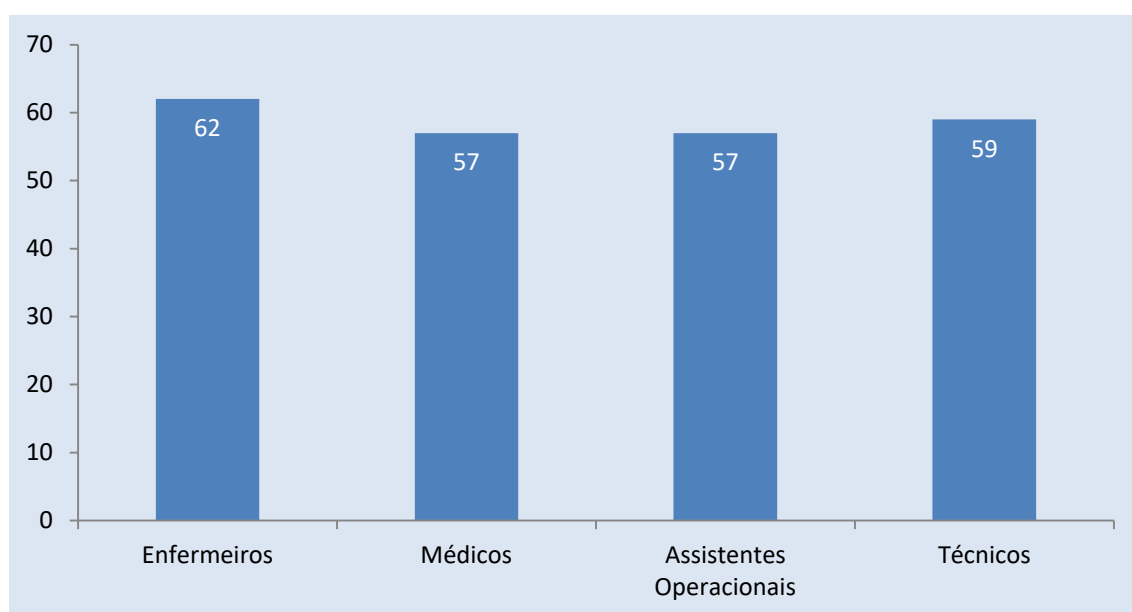
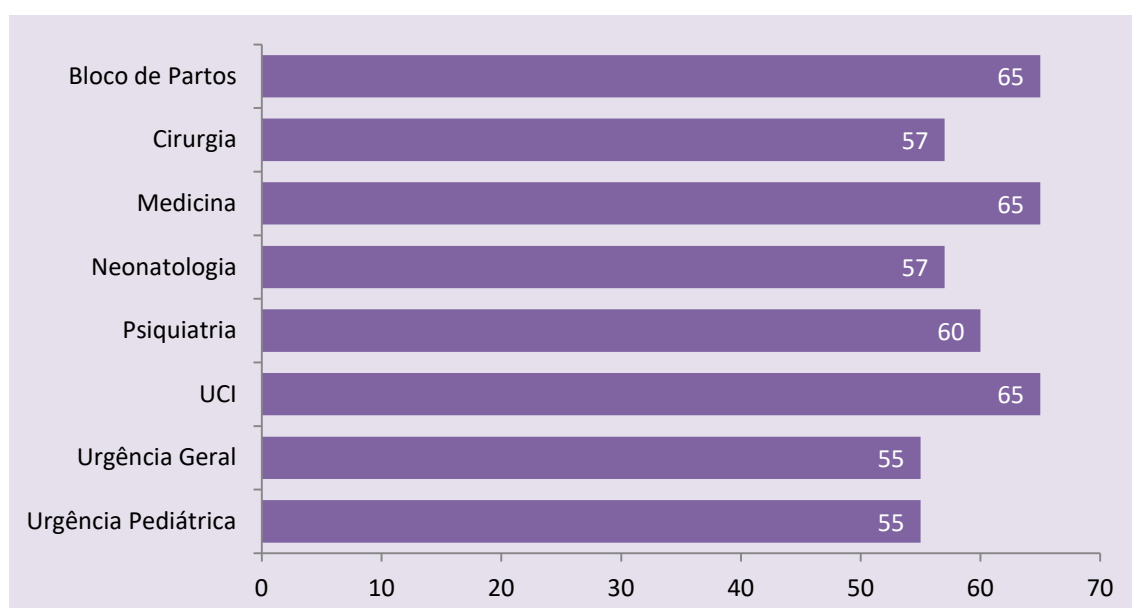


Figura 32. Nível de Civilidade no Trabalho por Serviço



Quanto aos serviços, e conforme pode ser observado na Figura 32, os valores para Civilidade no Trabalho variam entre um mínimo de 55, para os serviços de Urgência Geral e Urgência Pediátrica, e um máximo de 65, igual ao valor apurado por Osatuke et al. (2009), para os serviços de Bloco de Partos, Medicina e UCI. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os oito serviços quanto ao nível de Civilidade no Trabalho.

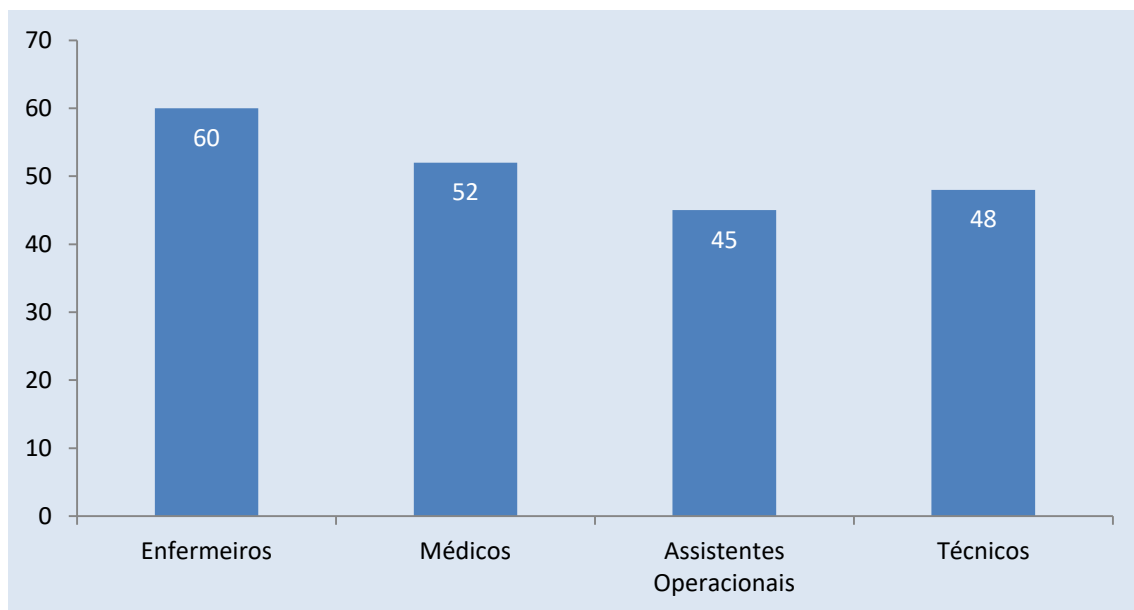
3.5 Burnout

3.5.1 Exaustão Emocional

Relativamente ao nível de Exaustão Emocional, Maslach et al. (1996) propuseram que valores iguais ou inferiores a 33 são indicativos de um nível de Exaustão Emocional *baixo*; valores entre 34 e 52, um nível de Exaustão Emocional *moderado*; e valores iguais ou superiores a 53, um nível de Exaustão Emocional *elevado*.

Na Figura 33 apresentamos os níveis de Exaustão Emocional dos quatro grupos profissionais, verificando-se que são os Enfermeiros que reportam o valor mais alto (60), apontando para um nível de Exaustão Emocional *elevado*, e os Assistentes Operacionais o valor mais baixo (45), indicando um nível de Exaustão Emocional *moderado*. Em termos gerais, o nível de Exaustão Emocional dos profissionais de saúde do Hospital A é *elevado*, tendo em conta que a média é de 54.

Figura 33. Nível de Exaustão Emocional por Grupo Profissional

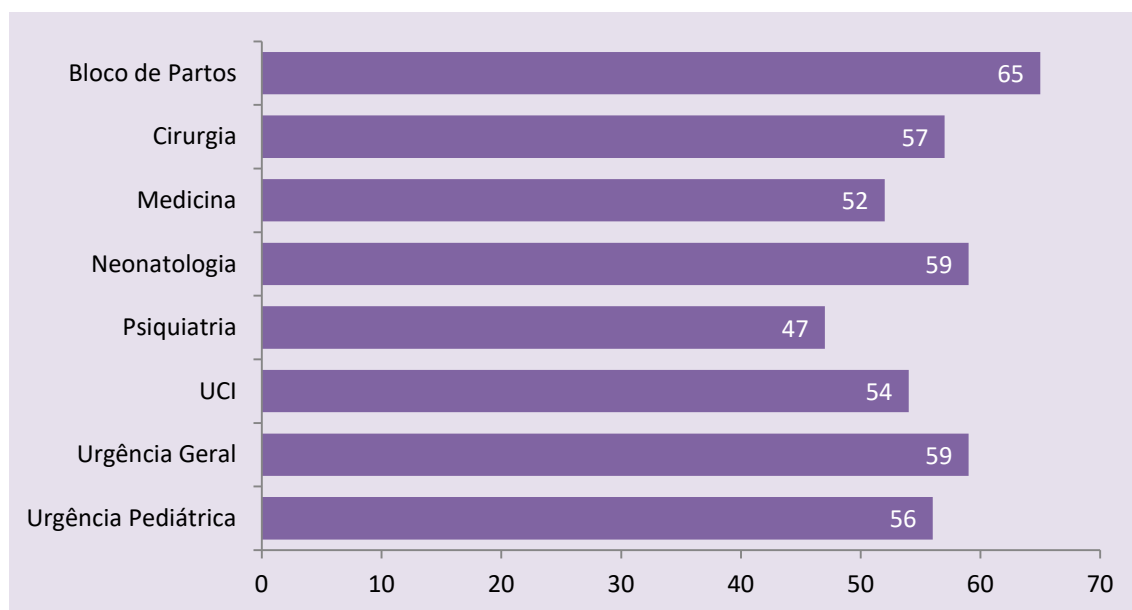


Existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos profissionais quanto ao nível de Exaustão Emocional: os Enfermeiros reportam um nível de Exaustão Emocional significativamente mais alto do que os Assistentes Operacionais ($p < .001$), mas não significativamente mais alto do que os Médicos e Técnicos.

De forma geral, 50% dos profissionais de saúde do Hospital A está num nível de Exaustão Emocional *elevado*, 25% num nível de Exaustão Emocional *moderado*, e 25% num nível de Exaustão Emocional *baixo*. As Figuras B1 a B4 do Anexo B detalham as percentagens de Exaustão Emocional *elevado*, *moderado* e *baixo* em cada grupo profissional, segundo os parâmetros definidos por Maslach et al. (1996).

Os valores para Exaustão Emocional a nível dos serviços encontram-se descritos na Figura 34. São os profissionais de saúde do serviço de Bloco de Partos que reportam o valor mais alto (65), que corresponde a um nível de Exaustão Emocional *elevado*, e os do serviço de Psiquiatria o valor mais baixo (47), indicativo de um nível de Exaustão Emocional *moderado*. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os oito serviços quanto ao nível de Exaustão Emocional.

Figura 34. Nível de Exaustão Emocional por Serviço



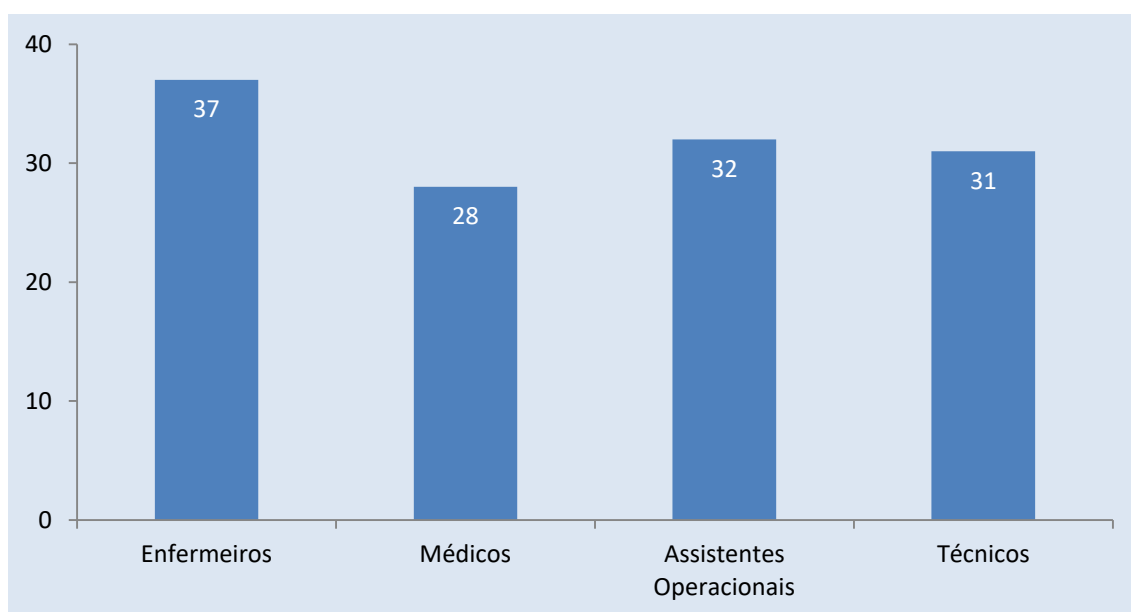
As Figuras C1 a C8 do Anexo C detalham as percentagens de Exaustão Emocional *elevado*, *moderado* e *baixo*, por serviço, de acordo com os parâmetros estabelecidos por Maslach et al. (1996).

3.5.2 Cinismo

Quanto ao nível de Cinismo, Maslach et al. (1996) propuseram que valores iguais ou inferiores a 18 indicam um nível de Cinismo *baixo*; valores entre 19 e 36, um nível de Cinismo *moderado*; e valores iguais ou superiores a 37, um nível de Cinismo *elevado*.

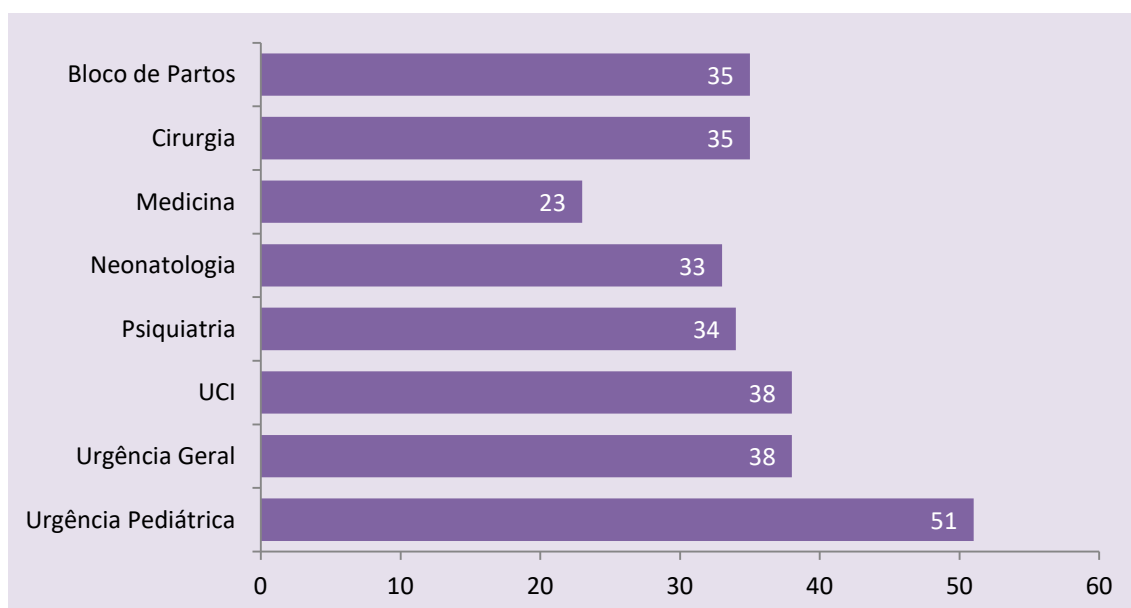
Na Figura 35 observa-se que são os Enfermeiros que reportam o valor mais alto (37), correspondendo a um nível de Cinismo *elevado*, e os Médicos o valor mais baixo (28), indicativo de um nível de Cinismo *moderado*. Genericamente, e tendo em conta que a média geral é de 34, o nível de Cinismo dos profissionais de saúde do Hospital A é *moderado*. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos profissionais relativamente ao nível de Cinismo.

Em termos globais, 44% dos profissionais de saúde do Hospital A está num nível de Cinismo *elevado*, 27% num nível de Cinismo *moderado*, e 29% num nível de Cinismo *baixo*.

Figura 35. Nível de Cinismo por Grupo Profissional

As Figuras B1 a B4 do Anexo B detalham as percentagens de Cinismo *elevado*, *moderado* e *baixo*, por grupo profissional, segundo os parâmetros definidos por Maslach et al. (1996).

A nível dos serviços, e de acordo com a Figura 36, são os profissionais de saúde do serviço de Urgência Pediátrica que apresentam o valor mais alto (51), que corresponde a um nível de cinismo *elevado*. O valor mais baixo (23) é dos profissionais de saúde do serviço de Medicina, e é indicativo de um nível de cinismo *moderado*. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os oito serviços quanto ao nível de Cinismo.

Figura 36. Nível de Cinismo por Serviço

As Figuras C1 a C8 do Anexo C mostram as percentagens de Cinismo *elevado*, *moderado* e *baixo*, por serviço, de acordo com os parâmetros propostos por Maslach et al. (1996).

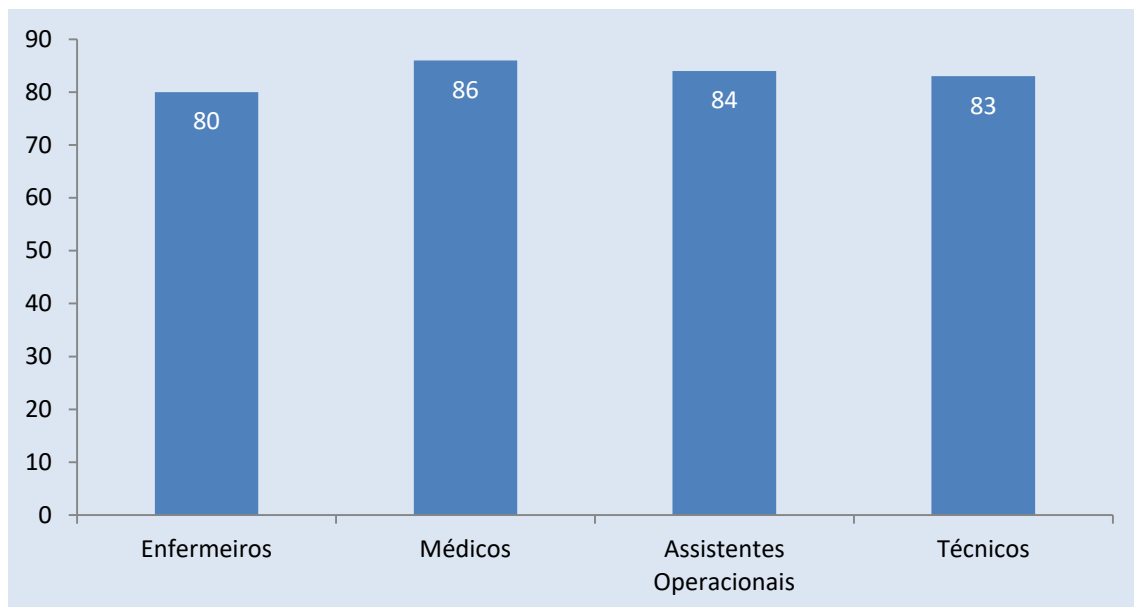
3.5.3 Eficácia Profissional

Em relação à Eficácia Profissional, Maslach et al. (1996) sugeriram que valores iguais ou inferiores a 64 são indicativos de um nível de Eficácia Profissional *baixo*; valores entre 65 e 82, um nível de Eficácia Profissional *moderado*; e valores iguais ou superiores a 83, um nível de Eficácia Profissional *elevado*.

De forma geral, 57% dos profissionais de saúde do Hospital A tem um nível de Eficácia Profissional *elevado*, 25% um nível de Eficácia Profissional *moderado*, e 18% um nível de Eficácia Profissional *baixo*.

Na Figura 37, que detalha os níveis de Eficácia Profissional dos grupos profissionais, verifica-se que são os Médicos que reportam o valor mais alto (86), indicativo de um nível de Eficácia Profissional *elevado*, e os Enfermeiros o valor mais baixo (80), apontando para um nível de Eficácia Profissional *moderado*. Em termos gerais, o nível de Eficácia Profissional dos profissionais de saúde do Hospital A é *moderado*, tendo em conta que a média geral é de 81.

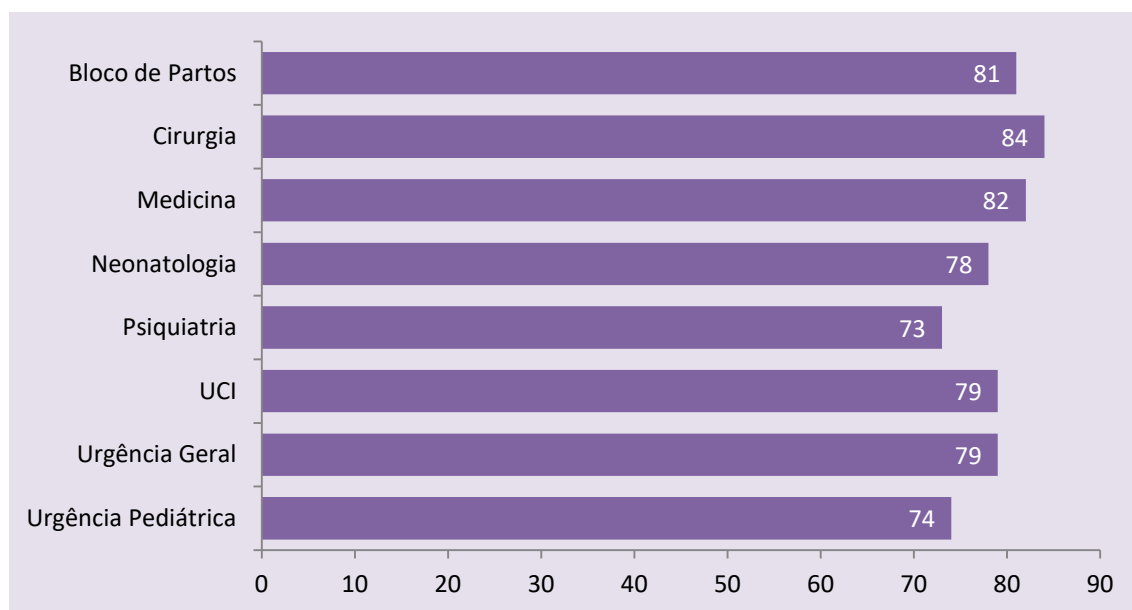
Figura 37. Nível de Eficácia Profissional por Grupo Profissional



Existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos profissionais quanto ao nível de Eficácia Profissional: os Enfermeiros reportam um sentimento de Eficácia Profissional significativamente mais baixo do que os Assistentes Operacionais ($p = .001$), mas não significativamente mais baixo do que os Médicos e Técnicos.

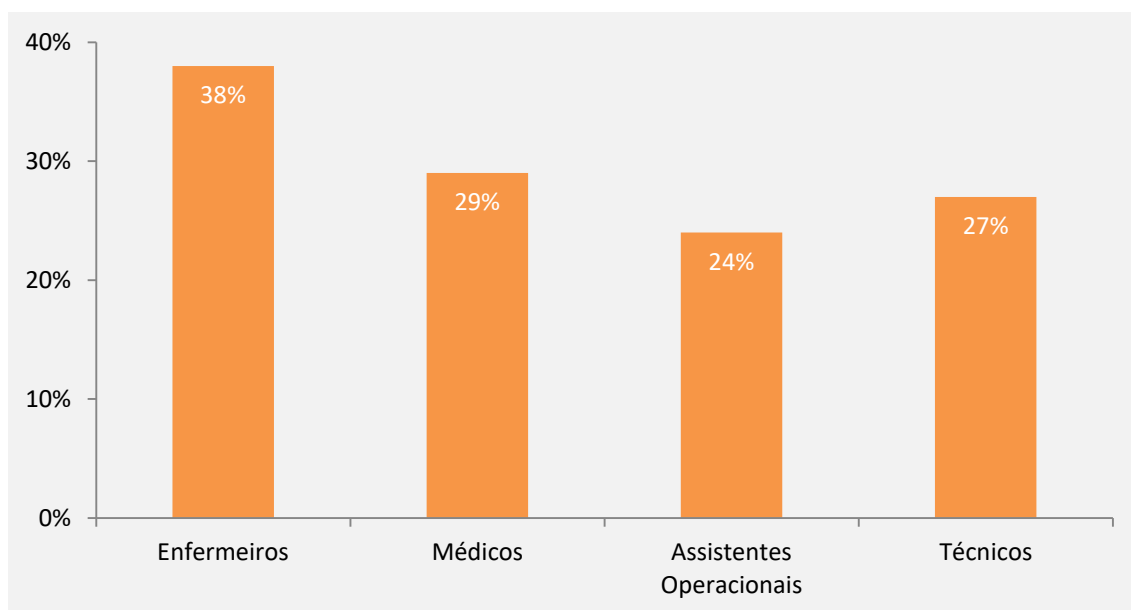
Figura 38. Nível de Eficácia Profissional por Serviço

Em termos dos serviços, na Figura 38 observa-se que os valores variam entre um mínimo de 73, considerado um nível de Eficácia Profissional *moderado*, para os profissionais de saúde do serviço de Psiquiatria, e um máximo de 84, indicativo de um nível de Eficácia Profissional *elevado*, para os do serviço de Cirurgia. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os oito serviços quanto ao nível de Eficácia Profissional.

**3.5.4 Burnout Elevado**

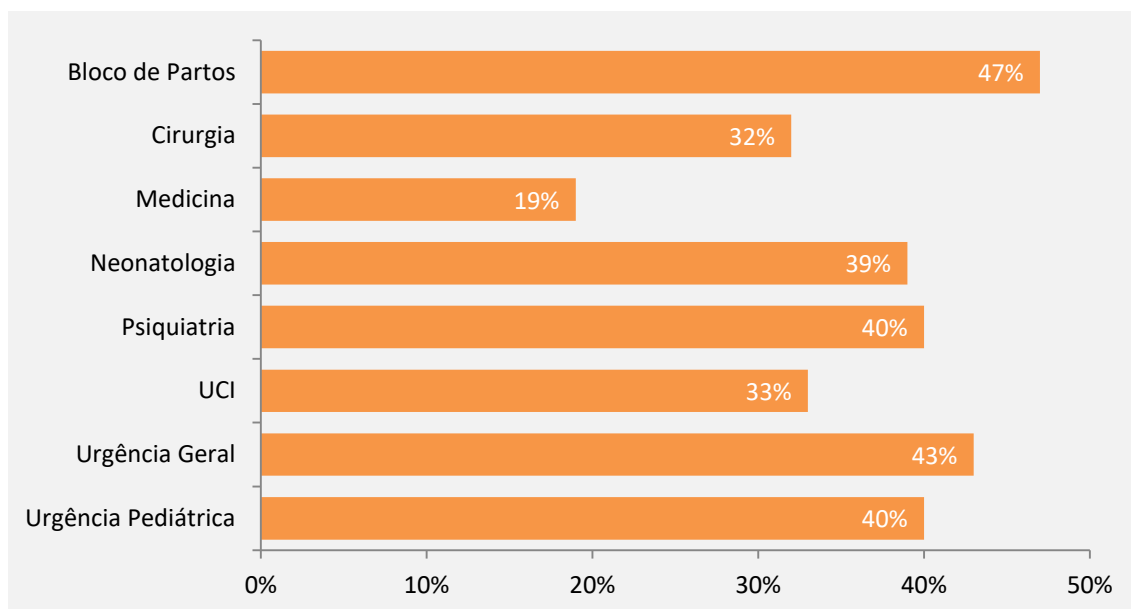
Segundo Maslach, Schaufeli, e Leiter (2001) a Exaustão Emocional e o Cinismo são as principais dimensões do *Burnout*. Por sua vez, o *Burnout elevado* corresponde à presença, em simultâneo, de um nível de Exaustão Emocional *elevado* (valores iguais ou superiores a 53) e um nível de Cinismo *elevado* (valores iguais ou superiores a 37).

Na Figura 39 apresentamos as percentagens de *Burnout elevado* nos grupos profissionais. A percentagem mais alta é de 38%, e pertence ao grupo dos Enfermeiros; ou seja, mais do que um terço dos Enfermeiros está num nível de *Burnout elevado*. A percentagem mais baixa, que é dos Assistentes Operacionais, é de 24%, o que significa que quase um em cada quatro Assistentes Operacionais está num nível de *Burnout elevado*. É de notar, também, que quase um terço dos Médicos e dos Técnicos encontra-se num nível de *Burnout elevado*.

Figura 39. Percentagem de *Burnout* Elevado por Grupo Profissional

E termos gerais, um em cada três (33%) profissionais de saúde do Hospital A está num nível de *Burnout elevado*.

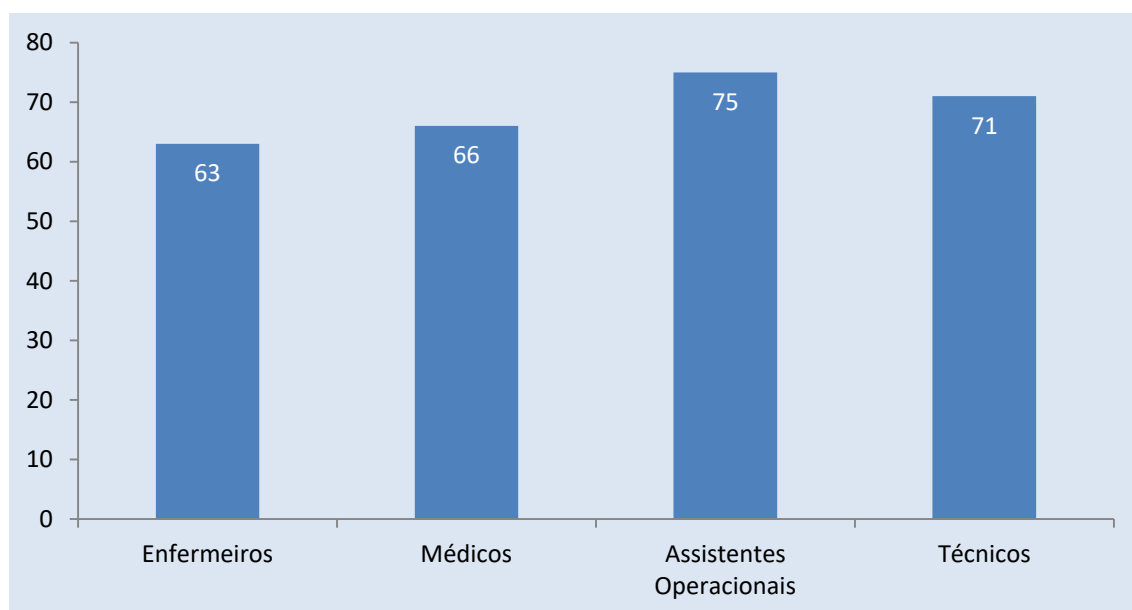
Quanto aos serviços, e conforme indicado na Figura 40, as percentagens de *Burnout elevado* variam entre um mínimo de 19%, para o serviço de Medicina, e um máximo de 47%, para o serviço de Bloco de Partos.

Figura 40. Percentagem de *Burnout* Elevado por Serviço

3.6 *Engagement* no Trabalho

Na Figura 41 apresentamos os valores para *Engagement* no Trabalho dos quatro grupos profissionais. A média geral para *Engagement* no Trabalho no Hospital A é de 67, o que é significativamente ($p < .001$) inferior à média de 77, encontrada por Leiter, Nicholson, Patterson, e Laschinger (2011) em amostras de profissionais de saúde canadenses. No Hospital A são os Assistentes Operacionais que reportam o nível de *Engagement* no Trabalho mais elevado (75), enquanto o nível mais baixo (63) pertence ao grupo dos Enfermeiros.

Figura 41. Nível de *Engagement* no Trabalho por Grupo Profissional

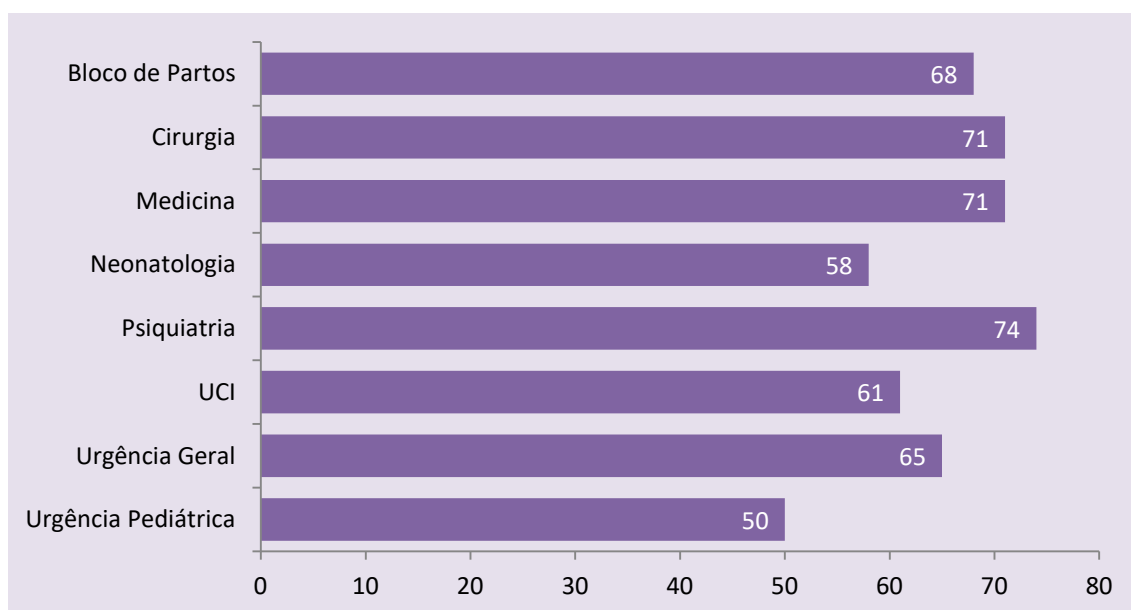


Em relação a diferenças entre os quatro grupos profissionais, quanto ao nível de *Engagement* no Trabalho, os Enfermeiros têm um nível de *Engagement* no Trabalho significativamente inferior ao dos Assistentes Operacionais ($p < .001$), mas não significativamente inferior ao dos Médicos e Técnicos.

Olhando para os serviços (ver Figura 42), são os profissionais de saúde dos serviços de Psiquiatria (74) e Cirurgia e Medicina, ambos com 71, que apresentam os valores mais elevados. Já os serviços com os valores mais baixos para *Engagement* no Trabalho são os dos serviços de Urgência Pediátrica (50), Neonatologia (58) e UCI (61).

No que diz respeito a diferenças entre os oito serviços, os profissionais de saúde do serviço de Urgência Pediátrica têm um nível de *Engagement* no Trabalho significativamente inferior ao dos profissionais de saúde do serviço de Cirurgia ($p = .002$), mas não significativamente inferior aos profissionais de saúde dos restantes serviços.

Figura 42. Nível de *Engagement* no Trabalho por Serviço

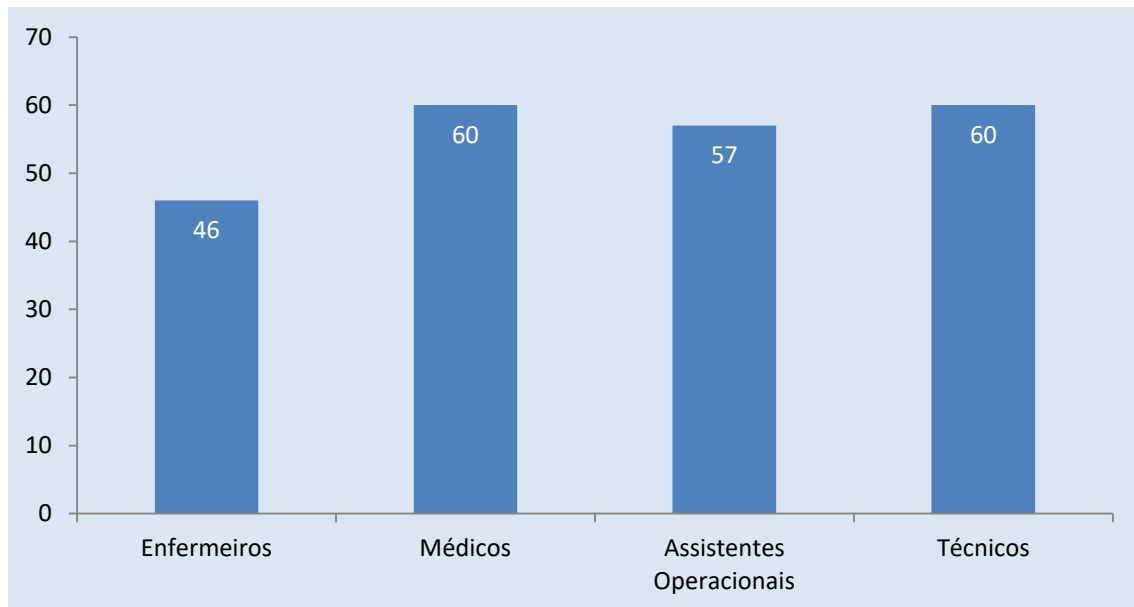


3.7 Compromisso Organizacional Afetivo

Os valores para a variável Compromisso Organizacional Afetivo dos quatro grupos profissionais encontram-se detalhados na Figura 43. A média geral é de 51, refletindo um nível de Compromisso Organizacional Afetivo *moderado* no Hospital A. Contudo, a média geral é significativamente ($p < .001$) inferior à média (59) verificada por Almeida et al. (2007) em outras amostras Portuguesas (e.g., operadores de caixa, engenheiros, funcionários da área de restauração, militares, e assistentes de serviço social).

No Hospital A, são os Médicos e Técnicos, ambos com 60, que apresentam o valor mais elevado para Compromisso Organizacional Afetivo, enquanto o valor mais baixo pertence aos Enfermeiros (46).

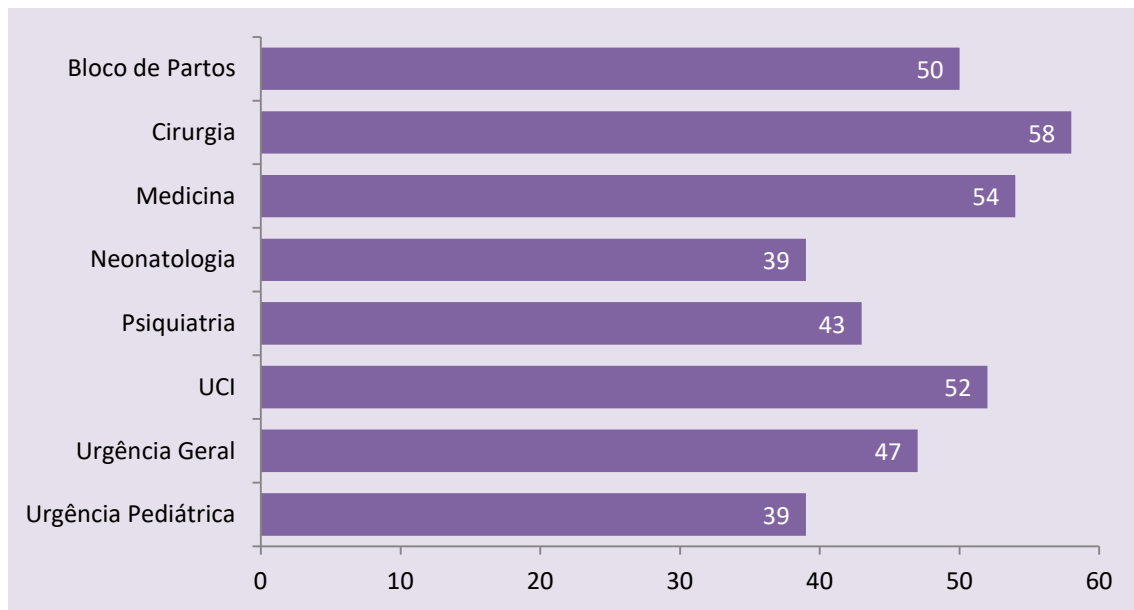
Figura 43. Nível de Compromisso Organizacional Afetivo por Grupo Profissional



Quanto a diferenças entre os quatro grupos, verifica-se que o nível de Compromisso Organizacional Afetivo reportado pelos Enfermeiros é significativamente abaixo ao dos Assistentes Operacionais ($p = .002$), mas não significativamente abaixo ao dos Médicos e Técnicos.

Na Figura 44 apresentamos os níveis de Compromisso Organizacional Afetivo por serviço. Observa-se que os níveis mais elevados são os reportados pelos profissionais de saúde dos serviços de Cirurgia (58), Medicina (54), e UCI (52). Por outro lado, os níveis mais baixos de Compromisso Organizacional Afetivo são os indicados pelos profissionais de saúde dos serviços de Neonatologia e Urgência Pediátrica, ambos com um valor de 39, e Psiquiatria (43).

Figura 44. Nível de Compromisso Organizacional Afetivo por Serviço



Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os oito serviços do Hospital A quanto ao nível de Compromisso Organizacional Afetivo.

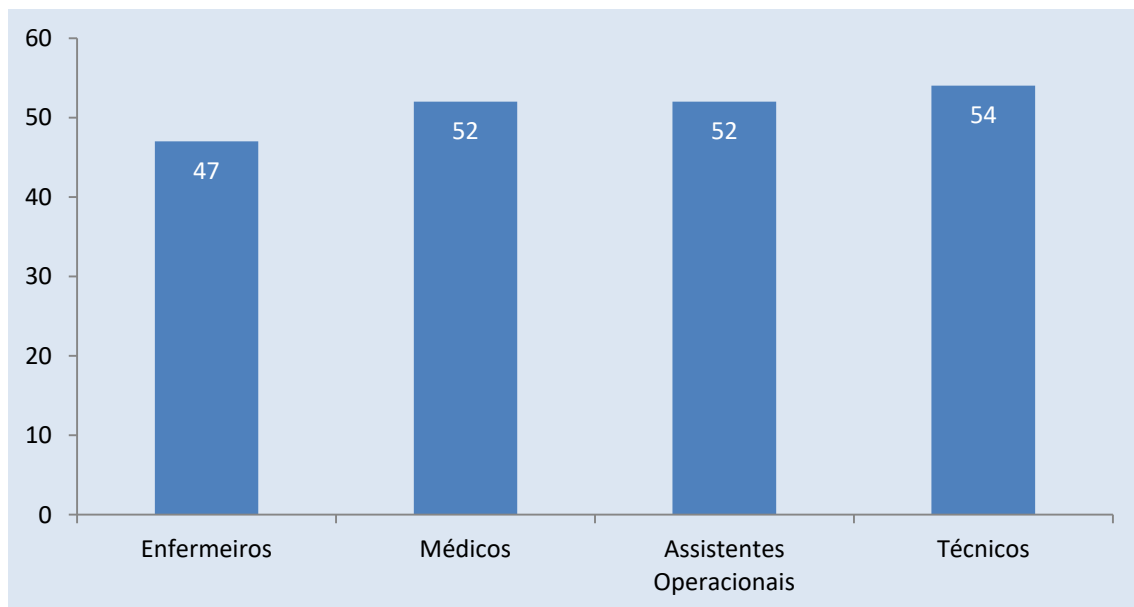
3.8 Saúde Mental e Física

3.8.1 Saúde Mental

Em relação à Saúde Mental, a Figura 45 indica os valores obtidos para os quatro grupos profissionais. De forma geral, o nível da Saúde Mental dos profissionais de saúde do Hospital A é *pobre*, tendo em conta que a média geral é de 49, o que é significativamente ($p < .001$) inferior ao valor normativo de 52 (percentil 50) para a população Portuguesa (Ferreira et al., 2012). Em termos globais, verifica-se que 55% dos profissionais de saúde apresenta um valor inferior a 52.

São os Técnicos que apresentam o valor mais elevado (54) para Saúde Mental, um valor que é superior ao valor normativo para a população Portuguesa, enquanto os Enfermeiros reportam o valor mais baixo (47).

Figura 45. Nível de Saúde Mental por Grupo Profissional

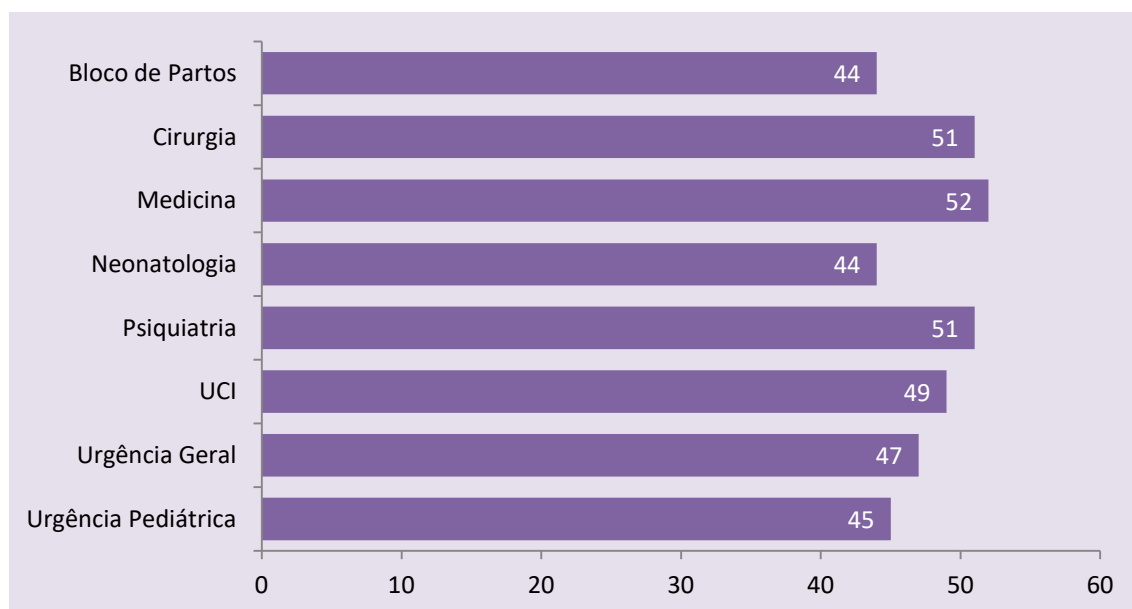


Existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos profissionais: o nível de saúde mental dos Enfermeiros é significativamente pior do que o dos Assistentes Operacionais ($p < .001$) e Técnicos ($p = .002$), mas não significativamente pior do que o dos Médicos.

Quanto aos serviços, e com base na Figura 46, verifica-se que são os profissionais de saúde do serviço de Medicina (52) e Cirurgia e Psiquiatria, ambos com 51, que apresentam os valores mais elevados para Saúde Mental. Em contrapartida, são os profissionais de saúde dos serviços de Bloco de Partos e Neonatologia, ambos com 44, e Urgência Pediátrica (45) que indicam os valores mais baixos para Saúde Mental.

O nível de Saúde Mental reportado pelos profissionais de saúde do serviço de Neonatologia é significativamente pior do que o dos profissionais do serviço de Medicina ($p = .005$), mas não significativamente pior do que o dos profissionais de saúde dos restantes serviços.

Figura 46. Nível de Saúde Mental por Serviço

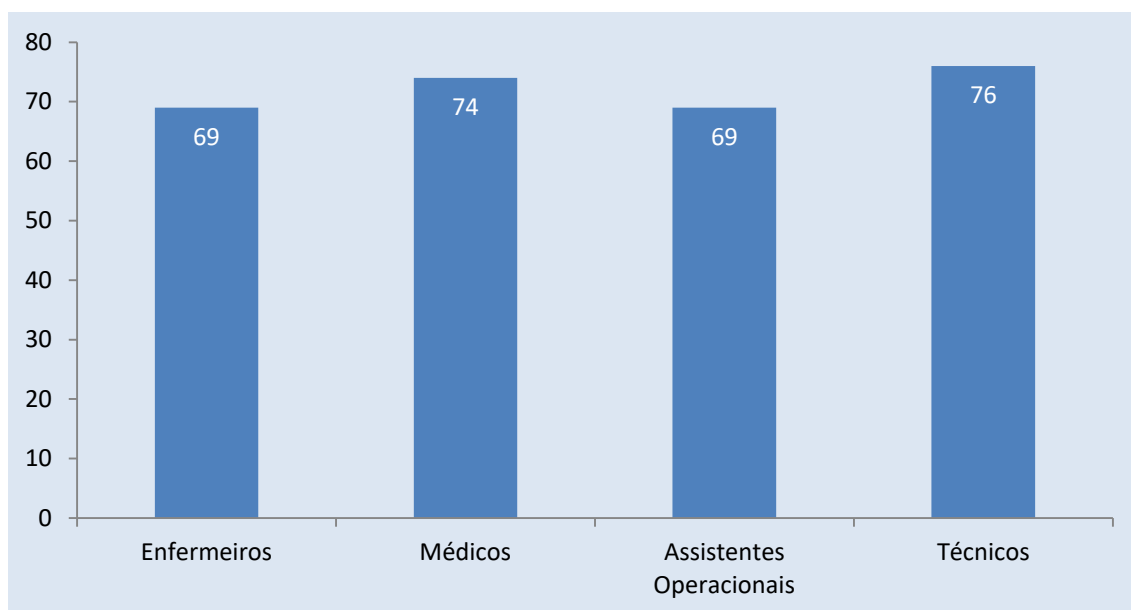


3.8.2 Saúde Física

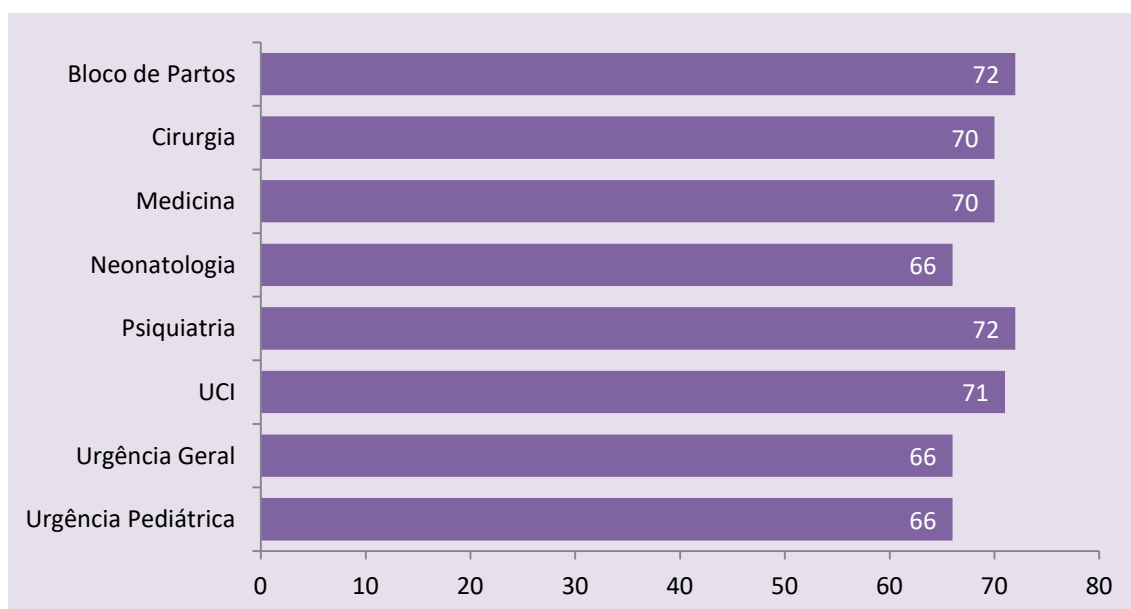
A Figura 47 mostra os valores dos quatro grupos profissionais para a variável Saúde Física. De forma geral, o nível da Saúde Física dos profissionais de saúde do Hospital A é *muito boa*, tendo em conta que a média geral é de 70, um valor que é significativamente ($p < .001$) superior ao valor normativo de 52 (percentil 50) para a população Portuguesa (Ferreira et al., 2012).

São os Técnicos que reportam o valor mais alto (76), enquanto o valor mais baixo é dos Enfermeiros e Assistentes Operacionais, ambos com 69.

Quanto a diferenças entre os grupos profissionais, a Saúde Física dos Técnicos é significativamente melhor do que a dos Enfermeiros ($p = .001$) e dos Assistentes Operacionais ($p = .005$), mas não significativamente melhor do que a Saúde Física dos Médicos.

Figura 47. Nível de Saúde Física por Grupo Profissional

Passando para os serviços, observa-se na Figura 48 que o valor mais elevado para Saúde Física é dos profissionais de saúde dos serviços de Bloco de Partos e Psiquiatria, ambos com 72. O valor mais baixo para Saúde Física é de 66, reportado pelos profissionais de saúde de três serviços: Neonatologia, Urgência Geral, e Urgência Pediátrica.

Figura 48. Nível de Saúde Física por Serviço

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os oito serviços quanto ao nível de Saúde Física.

3.9 Intenção de Mudar

3.9.1 Intenção de Mudar de Serviço

As percentagens dos grupos profissionais, que responderam *Sim*, *Não* ou *Não Sei* à pergunta sobre a Intenção de Mudar de Serviço constam da Figura 49. Com uma percentagem de 30%, são os Técnicos que mais tencionam mudar de serviço, enquanto os que mais pretendem permanecer no serviço onde estão são os Médicos (71%). Os profissionais que mais dúvidas têm sobre a Intenção de Mudar de Serviço são os Assistentes Operacionais (29%).

Figura 49. Intenção de Mudar de Serviço (%) por Grupo Profissional

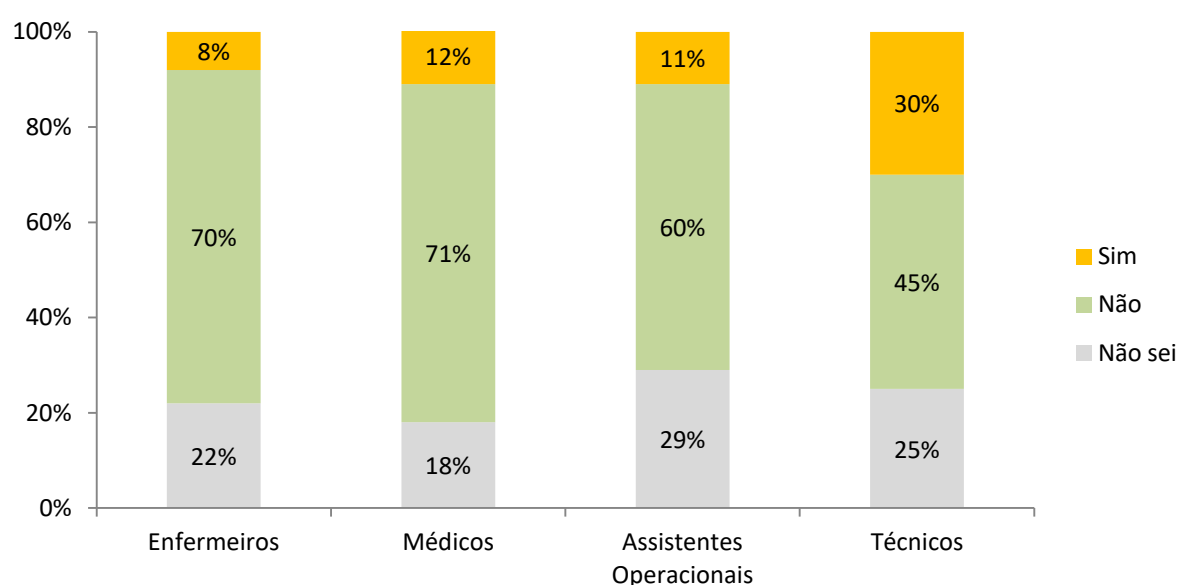
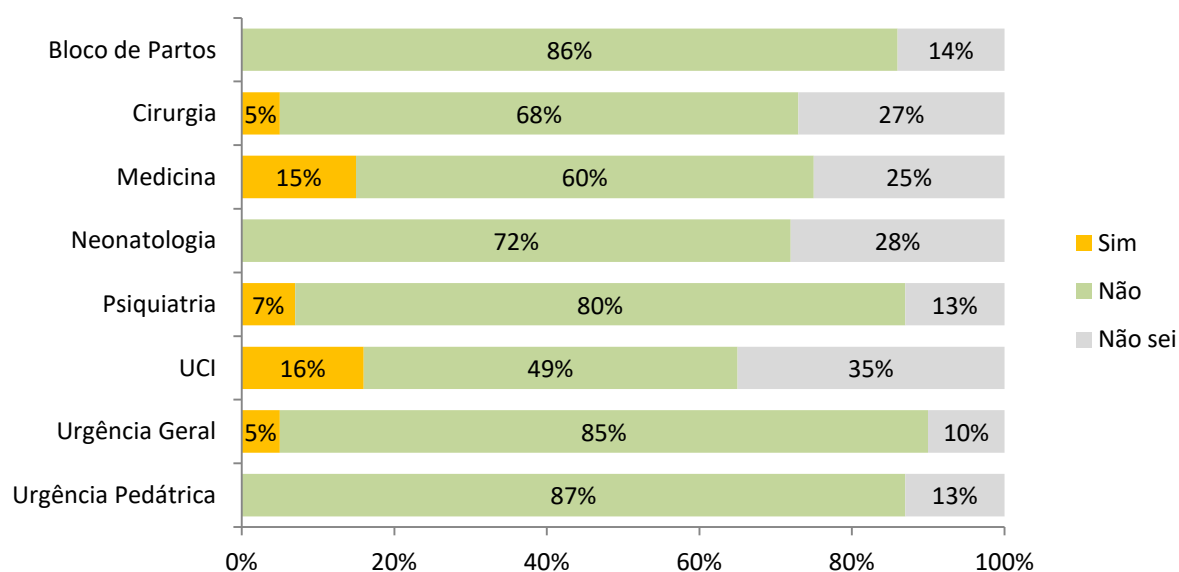


Figura 50. Intenção de Mudar de Serviço (%) por Serviço

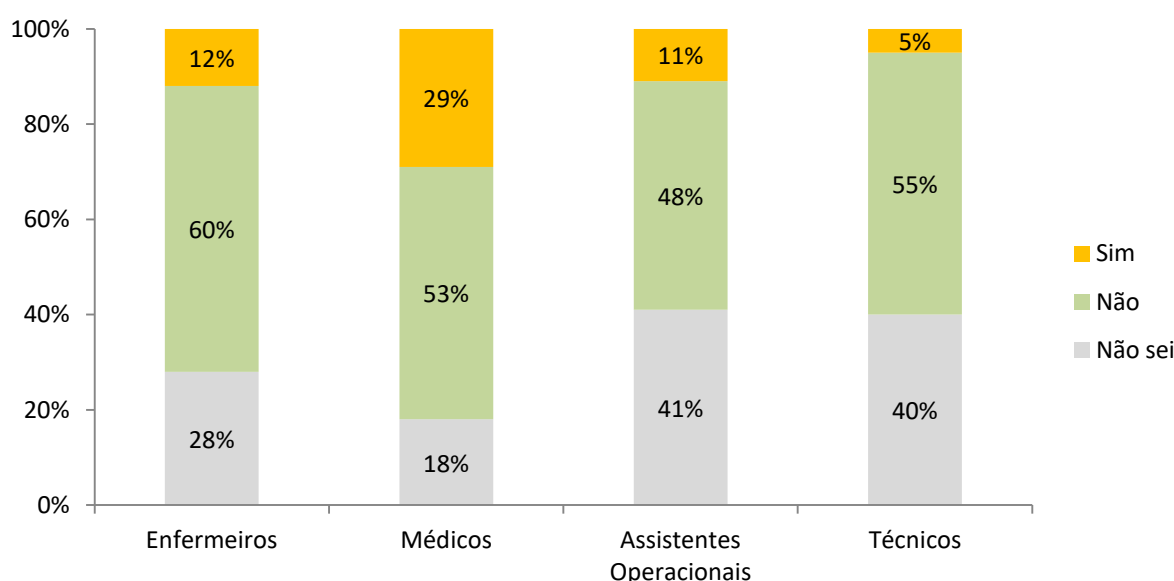


Na Figura 50 apresentamos as percentagens de intenção de Mudar de Serviço (*Sim*, *Não* ou *Não Sei*) dos oito serviços. São os profissionais de saúde dos serviços de UCI (16%) e Medicina (15%) que mais intenção têm de mudar de serviço. Por outro lado, são os profissionais de saúde dos serviços de Urgência Pediátrica (87%) e Bloco de Partos (86%) que mais tencionam ficar no mesmo serviço. Os que têm mais dúvidas em relação à Intenção de Mudar de Serviço são os profissionais de saúde dos serviços de UCI (35%) e Neonatologia (27%).

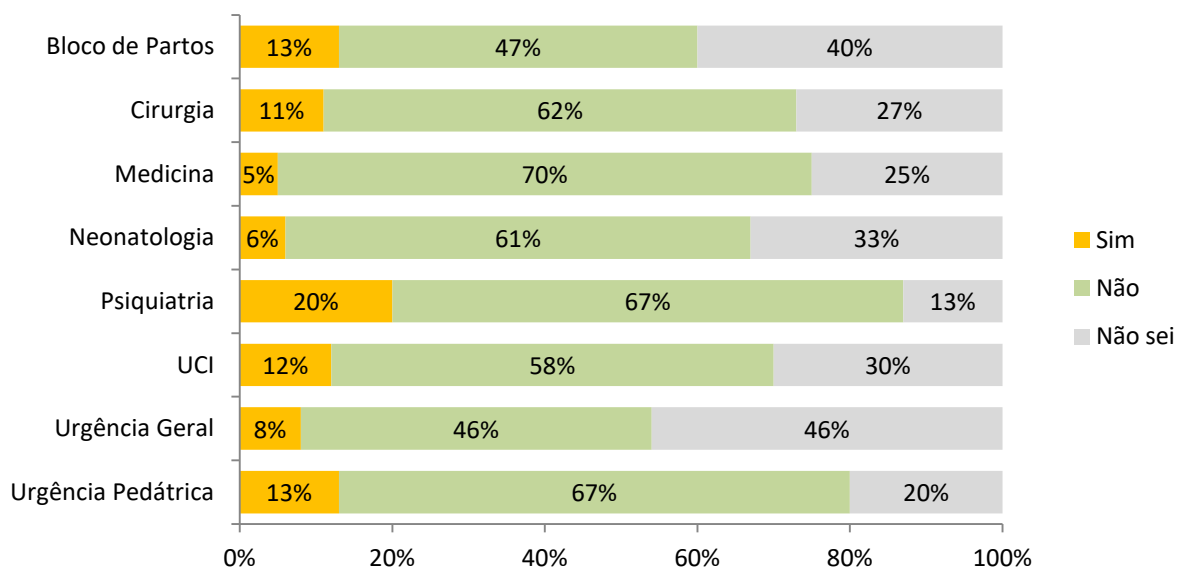
3.9.2 Intenção de Mudar de Hospital

Quanto à intenção dos grupos profissionais de Mudar de Hospital, verifica-se na Figura 51 que são os Médicos (29%) que mais pretendem mudar de hospital, enquanto os que mais tencionam ficar no mesmo hospital são os Enfermeiros (60%). Os Assistentes Operacionais (41%) e os Técnicos (40%) apresentam mais dúvidas sobre a Intenção de Mudar de Hospital.

Figura 51. Intenção de Mudar de Hospital (%) por Grupo Profissional

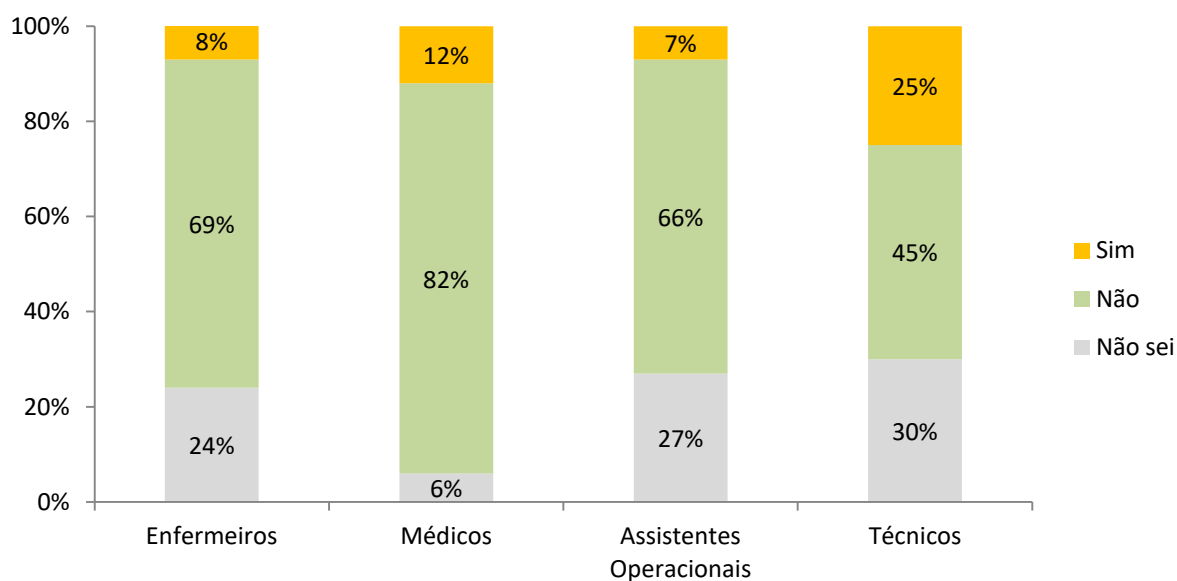


A Figura 52 indica as percentagens de intenção de Mudar de Hospital (*Sim*, *Não* ou *Não Sei*) dos oito serviços. São os profissionais de saúde dos serviços de Psiquiatria (20%), e Bloco de Partos e Urgência Pediátrica, ambos com 13%, que mais tencionam mudar de serviço. Em contrapartida, são os profissionais de saúde dos serviços de Medicina (70%), Psiquiatria e Urgência Pediátrica, ambos com 67%, que mais intenção têm de permanecer no mesmo hospital. Os que mais dúvidas têm sobre a Intenção de Mudar de Hospital são os profissionais de saúde dos serviços de Urgência Geral (46%) e Bloco de Partos (40%).

Figura 52. Intenção de Mudar de Hospital (%) por Serviço

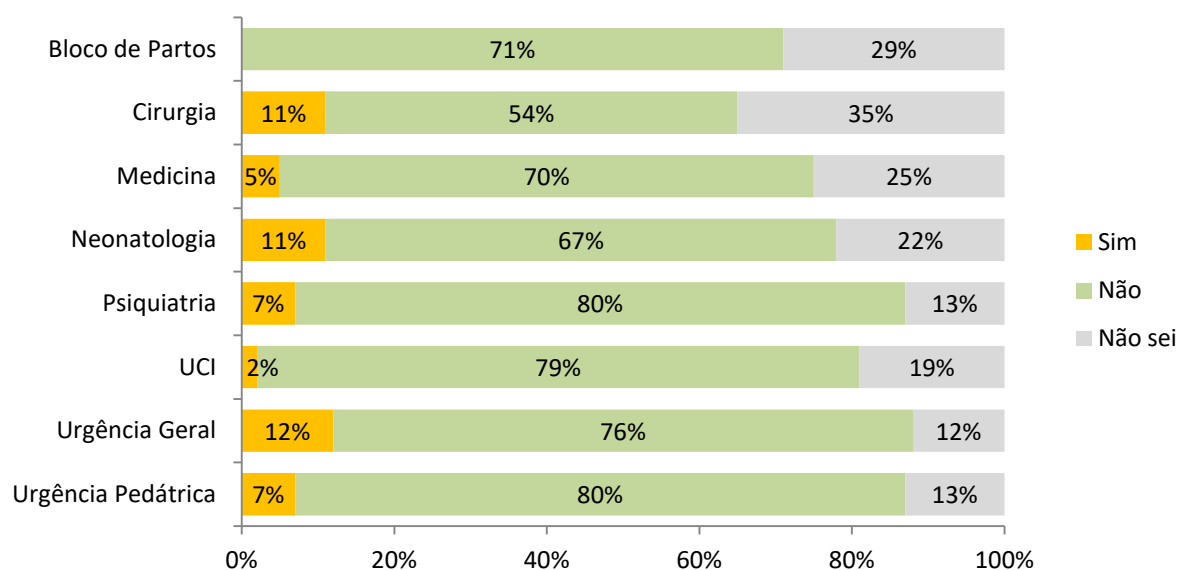
3.9.3 Intenção de Mudar de Profissão

As percentagens dos grupos profissionais que responderam *Sim*, *Não* ou *Não Sei* à pergunta sobre a Intenção de Mudar de Profissão podem ser consultadas na Figura 53. Com uma percentagem de 25%, são os Técnicos que mais pretendem mudar de profissão, enquanto os que mais tencionam ficar na mesma profissão são os Médicos (82%). São também os Técnicos (30%), seguidos pelos Assistentes Operacionais (27%), que mais dúvidas têm sobre a Intenção de Mudar de Profissão.

Figura 53. Intenção de Mudar de Profissão (%) por Grupo Profissional

Na Figura 54 apresentamos as percentagens de intenção de Mudar de Profissão (*Sim*, *Não* ou *Não Sei*) dos oito serviços. São os profissionais de saúde dos serviços de Urgência Geral (12%), e Cirurgia e Neonatologia, ambos com 11%, que mais pretendem mudar de profissão. Por outro lado, são os profissionais de saúde dos serviços de Psiquiatria e Urgência Pediátrica, ambos com 80%, que mais tencionam ficar na mesma profissão. Os que mais dúvidas têm em relação à Intenção de Mudar de Profissão são os profissionais de saúde dos serviços de Cirurgia (35%) e Bloco de Partos (29%).

Figura 54. Intenção de Mudar de Profissão (%) por Serviço



Em termos globais, 10% dos profissionais de saúde do Hospital A tencionam mudar de serviço (66% *Não*, 23% *Não sei*), 12% tencionam mudar de hospital (56% *Não*, 32% *Não sei*), e 8% tencionam mudar de profissão (67% *Não*; 25% *Não sei*).

4 Conclusões

No decorrer deste relatório foram contextualizados os conceitos face à literatura, explicitados os instrumentos e as metodologias adotados, e transpostos os resultados da análise global e em detalhe suportados nos dados recolhidos.

A preocupação dominante na União Europeia, na última década, e as predisposições para a próxima enfocam na criação de locais de trabalho cada vez mais saudáveis, onde homens e mulheres, dirigentes e dirigidos possam em partilha desenvolver o seu trabalho quotidiano em felicidade laboral, com relações autênticas (de civilidade) e com qualidade na produção objetivada.

Neste sentido é fundamental que se diagnostiquem as condições gerais de trabalho, a qualidade das relações interpessoais, o estado de saúde física e mental em sede laboral, bem como as atitudes de retenção dos trabalhadores.

É o sistemático confronto com fatores de stresse laboral e a falência das estratégias de *coping* (modo de lidar com os problemas gerados pelo stresse) que geram consequências negativas, em termos individuais e profissionais, como é o caso do stresse negativo (*distress*) e o *burnout*.

O projeto do CIP/UAL e ESESFM pretende promover a qualidade das relações interpessoais no trabalho como contributo para a saúde, bem-estar e fidelização dos próprios profissionais de saúde, bem como para a eficácia dos cuidados prestados e a satisfação dos utentes. Trata-se de um projeto longitudinal de investigação-ação, com recurso à metodologia mista —avaliação quantitativa por questionário, e avaliação qualitativa por entrevista — tendo como matriz de ação a intervenção em grupo.

Os dados recolhidos no Hospital A, entre 3 e 31 de dezembro de 2015, apresentados em detalhe neste relatório identificam o que estará menos bem, assim como as fontes de energia passíveis de concretizar um plano organizado de formação e sensibilização interna, criação de uma equipa de facilitadores e planificação de ações de gestão de recursos humanos (GRH) e apoio psicológico.

Podemos dizer que a maioria dos profissionais de saúde do Hospital A pretende continuar a trabalhar na instituição, e que mesmo com as vicissitudes de um sistema controverso, que pouco reconhece e recompensa, e que se apresenta, sistematicamente, com falhas de recursos humanos e financeiros, demonstra um nível geral de *engagement* no trabalho que poderá potenciar a resiliência necessária e suficiente para enfrentar as adversidades já referidas.

No entanto, importa salientar o que estará menos bem e que implicará um forte compromisso de vários atores (i.e., gestão de topo, direção clínica, direção de enfermagem, diretores de serviço, enfermeiros-chefes, todos os profissionais de saúde da organização, bem como a equipa de investigação e facilitação) para que a intervenção proposta pelo CIP/UAL & ESEFM possa contribuir para um ambiente de trabalho respeitoso e saudável.

Começando com o *empowerment* estrutural, verifica-se que os assistentes operacionais, a nível dos grupos profissionais, e os profissionais de saúde do serviço de Urgência Pediátrica consideram insuficiente o grau de acesso a um conjunto de condições no ambiente do trabalho — oportunidades, informação, apoio e recursos —, que promovam a eficácia, aprendizagem, mobilidade profissional e crescimento pessoal.

Quanto às seis áreas da vida do trabalho, que contribuem para o desenvolvimento do *Burnout*, considerado um problema de saúde pública (Bauer & Hämmig, 2014), destacam-se:

- 1) pelo excesso de trabalho reportado, os enfermeiros e médicos, e serviços de Bloco de Partos, Neonatologia e Urgência Geral;
- 2) devido ao seu reduzido nível de controlo, os assistentes operacionais e serviços de Urgência Geral e Urgência Pediátrica;
- 3) pelo seu baixo sentimento de reconhecimento social/financeiro, os assistentes operacionais e serviços de Psiquiatria, Urgência Geral, Cirurgia, e Urgência Pediátrica;
- 4) em virtude do baixo sentimento de comunidade relatado, os assistentes operacionais e os técnicos, bem como o serviço de Urgência Geral;
- 5) devido ao seu baixo sentimento de justiça no trabalho, os enfermeiros, e serviços de Urgência Pediátrica, Bloco de Partos, Neonatologia e Urgência Geral; e
- 6) pelo nível de incongruência verificado entre os valores pessoais e os valores da organização, os profissionais de saúde dos serviços de Urgência Pediátrica, Psiquiatria, Cirurgia, e Urgência Geral.

Em relação às várias formas de incivilidade no trabalho, destacam-se os níveis elevados de:

- 1) incivilidade de supervisores confirmada pelos assistentes operacionais, e serviços de Urgência Geral, Urgência Pediátrica e UCI;
- 2) incivilidade de colegas indicada pelos técnicos e assistentes operacionais, e serviços de Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Neonatologia;
- 3) incivilidade de utentes/clientes reportada pelos enfermeiros, e serviços de Urgência Pediátrica, Urgência Geral, e Medicina; e

- 4) incivilidade instigada contra outros pelos técnicos e enfermeiros, e serviços de Urgência Pediátrica, Neonatologia, Psiquiatria e Urgência Geral.

Salientam-se os baixos níveis de civilidade no trabalho dos médicos e técnicos, e dos serviços de Urgência Pediátrica, Urgência Geral, Cirurgia e Neonatologia, todos serviços com valores elevados para incivilidade no trabalho.

Quanto ao *burnout*, verifica-se que 50% dos profissionais de saúde do Hospital A está na categoria de exaustão emocional elevado, 44% na categoria de cinismo elevado, e 33% na categoria de *burnout* elevado. Os indicadores mais preocupantes são os dos grupos profissionais e serviços que, de forma geral, apresentam níveis mais elevados de incivilidade no trabalho, e um índice de civilidade no trabalho mais reduzido: enfermeiros, técnicos, e serviços de Urgência Pediátrica, Urgência Geral, Bloco de Partos e Neonatologia.

De modo geral, são também os grupos profissionais e serviços com os níveis mais elevados de incivilidade, níveis mais baixos de civilidade no trabalho, e indicadores mais preocupantes quanto ao *burnout*, que reportam os valores mais baixos para *engagement* no trabalho, compromisso organizacional afetivo, e saúde mental, bem como as taxas mais elevadas da intenção (afirmativa) de mudar de hospital e de profissão.

Através destas conclusões e deste relatório está concretizado o diagnóstico geral, e em detalhe, da situação do ambiente global no Hospital A, que fornece os dados necessários e suficientes para um plano de ação que permita alargar a positividade identificada na maioria dos seus profissionais e reencontrar a homeostasia imprescindível para o sucesso e bem-estar da instituição e de quem lá trabalha.

Referências Bibliográficas

- Almeida, H., Faísca, L., & Jesus, S. N. (2007). Implicação organizacional: Um estudo confirmatório de validação do instrumento. In J. Vala, M. Garrido, & P. Alcobia (Orgs.), *Percursos de investigação em psicologia social e organizacional*, (pp. 195-213). Lisboa: Edições Colibri.
- Bauer, G. F., & Hämmig, O. (2014). Bridging occupational, organizational and public health: A transdisciplinary approach. In G. F. Bauer & O. Hämmig (Eds.), *Bridging occupational, organizational and public health: A transdisciplinary approach* (pp. 1-11). Dordrecht: Springer. doi:10.1007/978-94-007-5640-3
- Cortese, C. G. (2012). Predictors of critical care nurses' intention to leave the unit, the hospital, and the nursing profession. *Open Journal of Nursing*, 2, 311-326. doi:10.4236/ojn.2012.223046.
- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Medica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Medica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 163-171. doi:10.1016/j.rpsp.2012.12.007.
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272.
- Leiter, M. P. & Day, A. (2013). *Straightforward Incivility Scale*. Technical Document. Centre for Organizational Research & Development, Acadia University, Wolfville, NS: Canada.
- Leiter, M. P., Day, A., & Price, L. (2015). Attachment styles at work: Measurement, collegial relationships, and burnout. *Burnout Research*, 2(1), 25-35. doi:10.1016/j.burn.2015.02.003
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2011). *Areas of Worklife Survey manual* (5ª ed.). Palo Alto, CA: Mind Garden.
- Maslach, C., Leiter, M. P., & Jackson, S. E. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3ª. ed.). Palo Alto, CA: Mind Garden.

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89. doi:10.1016/1053-4822(91)90011-Z
- Orgambídez-Ramos, A., Gonçalves, G., Santos, J., Borrego-Alés, Y., & Mendoza-Sierra, M. I. (2015). Empowering Employees: A Portuguese adaptation of the Conditions of Work Effectiveness Questionnaire (CWEQ-II). *Psicologia*, 29(1), 1-10.
- Osatuke, K., Moore, S. C., Ward, C., Dyrenforth, S. R., & Belton, L. (2009). Civility, respect, engagement in the workforce (CREW): Nationwide organization development intervention at Veterans Health Administration. *Journal of Applied Behavioral Science*, 45(3), 384-410. doi:10.1177/0021886309335067
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2003). *UWES: Utrecht Work Engagement Scale manual*. Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University, The Netherlands.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). MBI-General Survey. In C. Maslach, M. P. Leiter, & S. E. Jackson, *Maslach Burnout Inventory manual* (3^a. ed.) (pp. 19-26). Palo Alto, CA: Mind Garden.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-92. doi:10.1023/A:1015630930326
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health survey: Manual and interpretation guide*. Boston, MA: The Health Institute.

Anexo A - Caracterização da Amostra (N = 315)

Variável	Válidos			Omissos
	<i>n</i> (%)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	Min - Max	<i>n</i> (%)
Género				8 (2.5)
Feminino	235 (76.5)			
Masculino	72 (23.5)			
	307 (100.0)			
Idade		35.5 (10.0)	20 - 63	119 (37.8)
≤ 24	16 (8.2)			
25 - 34	102 (52.0)			
35 - 44	36 (18.4)			
45 - 54	30 (15.3)			
55 - 64	12 (6.1)			
	196 (100.0)			
Estado civil				8 (2.5)
Solteiro	134 (43.6)			
Casado/Ufacto	153 (49.8)			
Sep/Div/Viúvo	20 (6.5)			
	307 (100.0)			
Número de filhos	178 (100.0)	1.1 (1.2)	0 - 7	137 (43.5)
Categoria Profissional				13 (4.1)
Enfermeiro	177 (58.6)			
Médico	17 (5.6)			
Assistente operacional	86 (28.5)			
Técnico	22 (7.3)			
	302 (100.0)			
Formação Académica				26 (8.3)
Mestrado	23 (8.0)			
Licenciatura	192 (66.4)			
Bacharelato	3 (1.0)			
Curso enfermagem geral	3 (1.0)			
Secundário/Curso profissional	68 (23.5)			
	289 (100.0)			
Desenvolvimento Profissional				195 (61.9)
Especialização enfermagem	44 (36.7)			
Pós-graduação	46 (38.3)			
Formação avançada	11 (9.2)			
Outros cursos	19 (15.8)			
	120 (100.0)			
Antiguidade				
Profissão		9.8 anos (8.9)	1 mês - 50 anos	51 (16.2)
< 6 meses	10 (3.8)			
≥ 6 meses < 2 anos	20 (7.6)			
2 - 5 anos	65 (24.6)			
6 - 10 anos	90 (34.1)			
11 - 15 anos	33 (12.5)			

(a continuar)

Anexo A (continuado)

Variável	Válidos			Omissos
	<i>n</i> (%)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	Min - Max	<i>n</i> (%)
Antiguidade				
Profissão (continuada)				
16 - 20 anos	14 (5.3)			
21 - 30 anos	22 (8.3)			
> 30 anos	10 (3.8)			
	264 (100.0)			
Hospital		6.1 anos (6.6)	1 mês - 42 anos	42 (13.3)
< 6 meses	14 (5.1)			
≥ 6 meses < 2 anos	41 (15.0)			
2 - 5 anos	110 (40.3)			
6 - 10 anos	75 (27.5)			
11 - 15 anos	9 (3.3)			
16 - 20 anos	8 (2.9)			
21 - 30 anos	11 (4.0)			
> 30 anos	5 (1.8)			
	273 (100.0)			
Serviço		4.5 anos (4.3)	1 mês - 38 anos	72 (22.9)
< 6 meses	15 (6.2)			
≥ 6 meses < 2 anos	47 (19.3)			
2 - 5 anos	108 (44.4)			
6 - 10 anos	60 (24.7)			
11 - 15 anos	4 (1.6)			
16 - 20 anos	6 (2.5)			
21 - 30 anos	2 (0.8)			
> 30 anos	1 (0.4)			
	243 (100.0)			
Vínculo				14 (4.4)
Contrato sem termo	225 (74.8)			
Contrato com termo	21 (7.0)			
Contrato prestação serviços	55 (18.3)			
	301 (100.0)			
Turno				40 (12.7)
Fixo	48 (17.5)			
Rotativo	227 (82.5)			
	275 (100.0)			
Nº horas por semana	217 (100.0)	42.7 (12.8)	10 - 200	98 (31.1)
Remuneração mensal líquida (€)				15 (4.8)
≤ 500	22 (7.3)			
501 - 1000	140 (46.7)			
1001 - 1500	109 (36.3)			
1501 - 2000	16 (5.3)			
2001 - 2500	4 (1.3)			
≥ 2501	9 (3.0)			
	300 (100.0)			

(a continuar)

Anexo A (continuado)

Variável	Válidos			Omissos
	<i>n</i> (%)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	Min - Max	<i>n</i> (%)
Serviço				17 (5.4)
Bloco de Partos	15 (5.0)			
Bloco Operatório	5 (1.7)			
Cirurgia	38 (12.8)			
Consulta Externa	8 (2.7)			
Esterilização	3 (1.0)			
Ginecologia-Obstetrícia	15 (5.0)			
Medicina	21 (7.0)			
Neonatologia	18 (6.0)			
Pediatria	11 (3.7)			
Psiquiatria	15 (5.0)			
UCI	45 (15.1)			
Urgência	42 (14.1)			
Urgência Pediátrica	15 (5.0)			
Imagiologia	10 (3.4)			
Outro	37 (12.4)			
	298 (100.0)			
Área de residência				10 (3.2)
Cidade de Lisboa	37 (12.1)			
Distrito de Lisboa	243 (79.7)			
Outro distrito	25 (8.2)			
	305 (100.0)			
Tempo de deslocação				11 (3.5)
< 30 minutos	252 (82.9)			
30 - 60 minutos	50 (16.4)			
> 60 minutos	2 (0.7)			
	304 (100.0)			

Nota. *M* = média; *DP* = desvio padrão; Min = mínimo; Max = máximo.

Anexo B - Níveis (%) de Exaustão Emocional, Cinismo, e *Burnout* Elevado, por Grupo Profissional

Figura B1. Enfermeiros

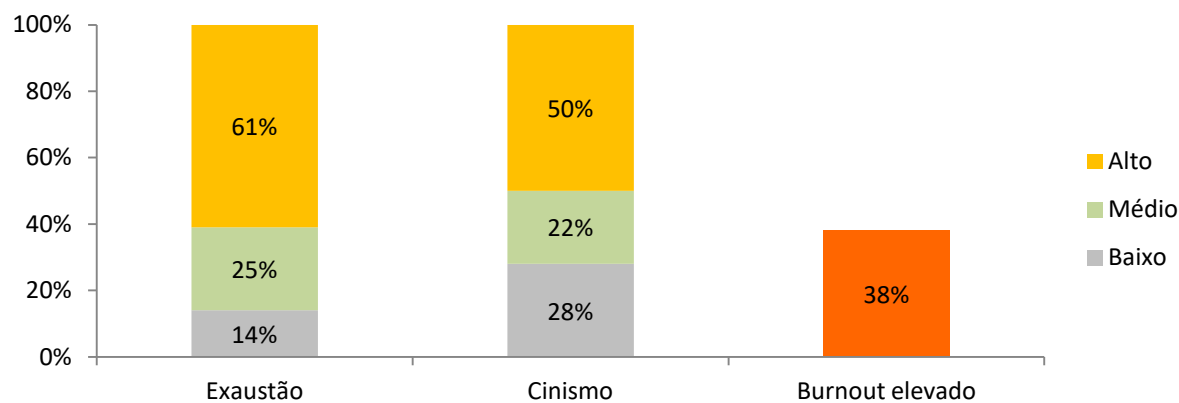


Figura B2. Médicos

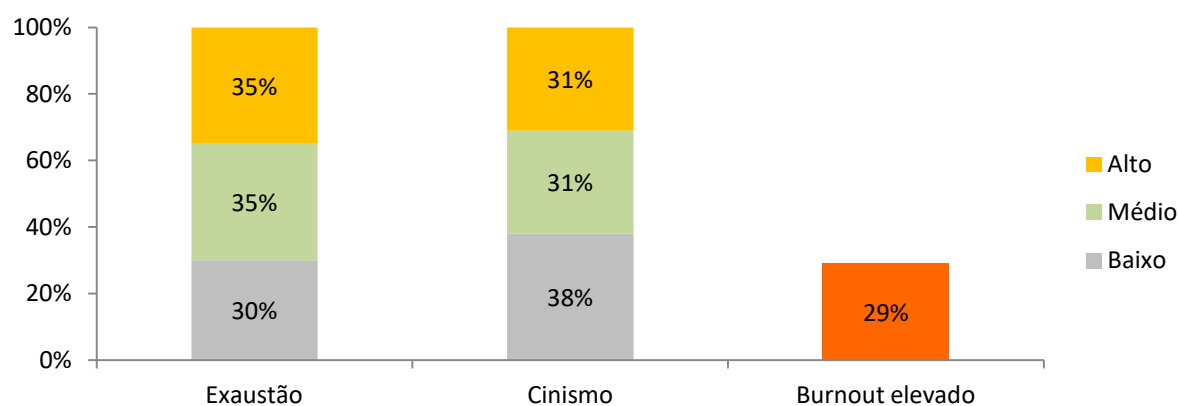
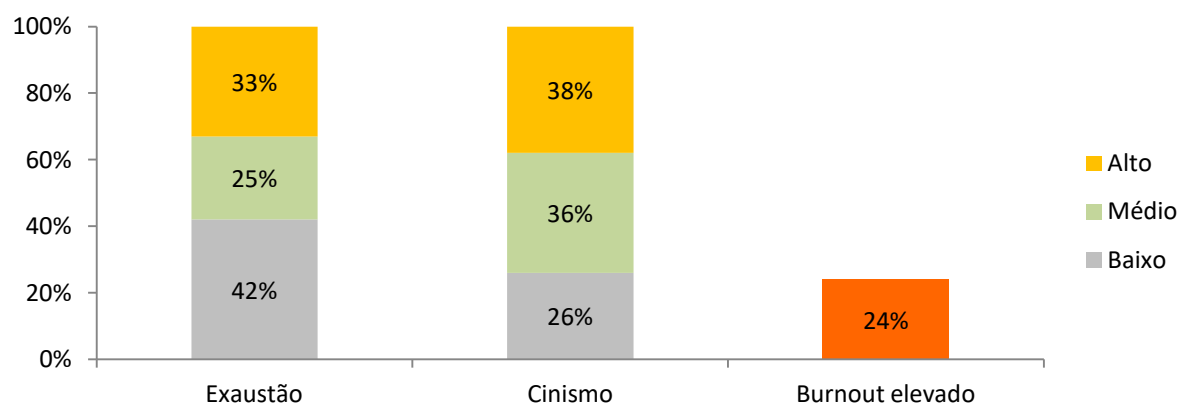
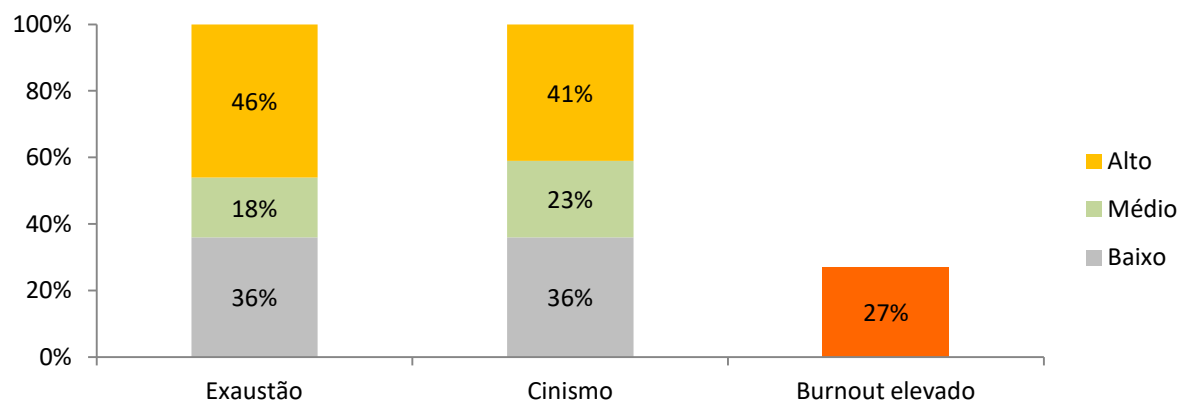


Figura B3. Assistentes Operacionais



Anexo B (continuado)

Figura B4. Técnicos



Anexo C - Níveis (%) de Exaustão Emocional, Cinismo, e *Burnout* Elevado, por Serviço com $N \geq 15$

Figura C1. Bloco de Partos

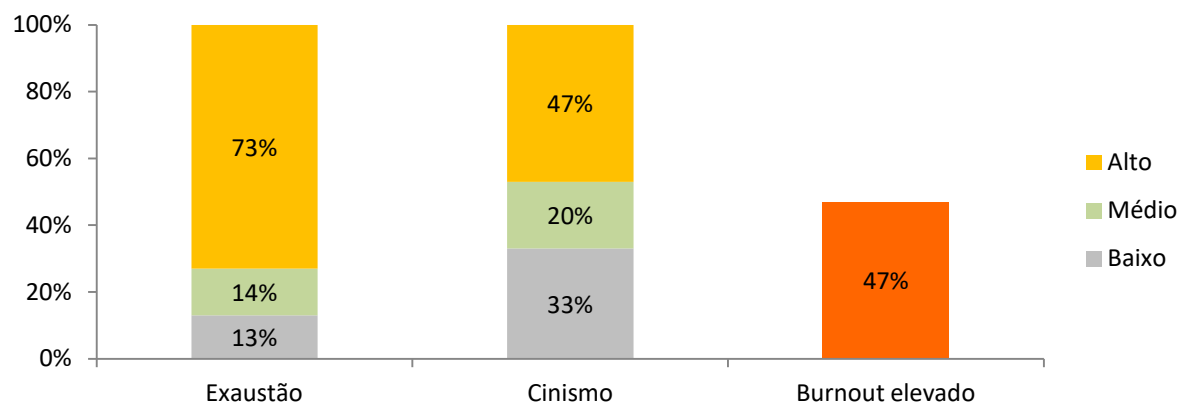


Figura C2. Cirurgia

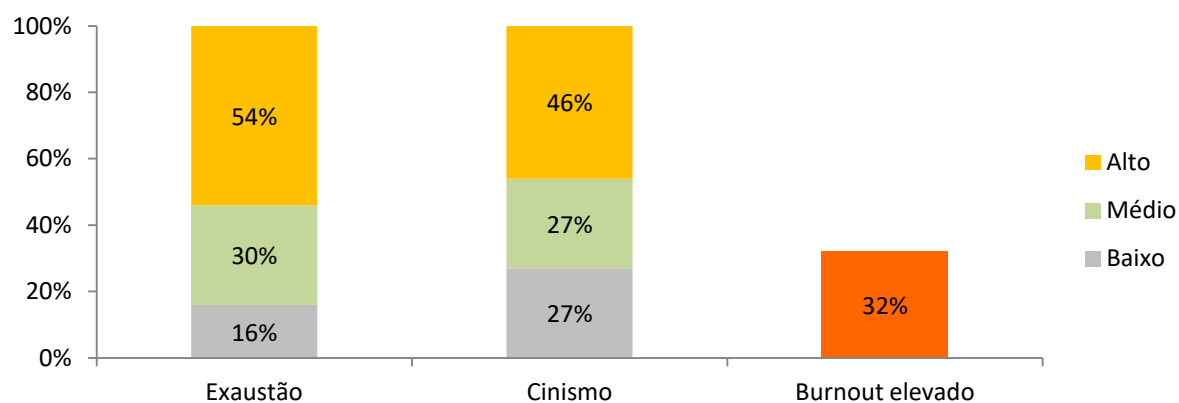
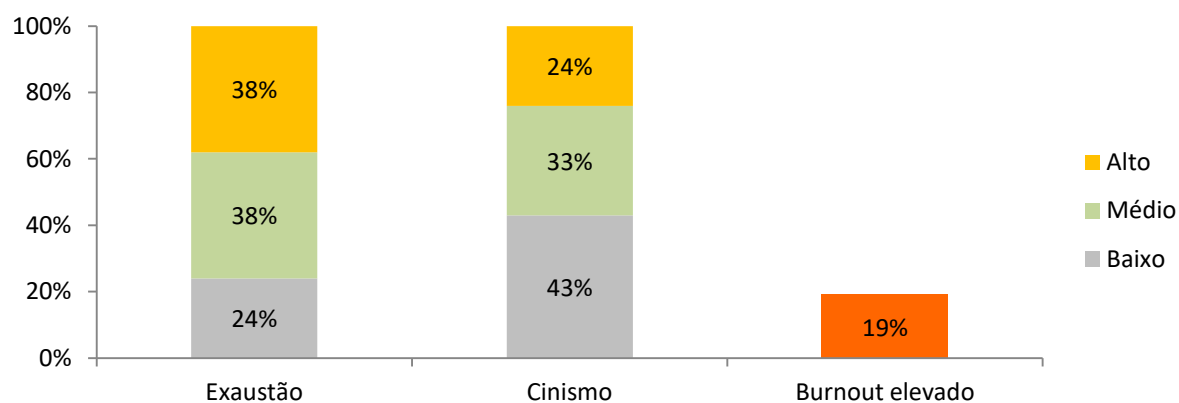


Figura C3. Medicina



Anexo C (continuado)

Figura C4. Neonatologia

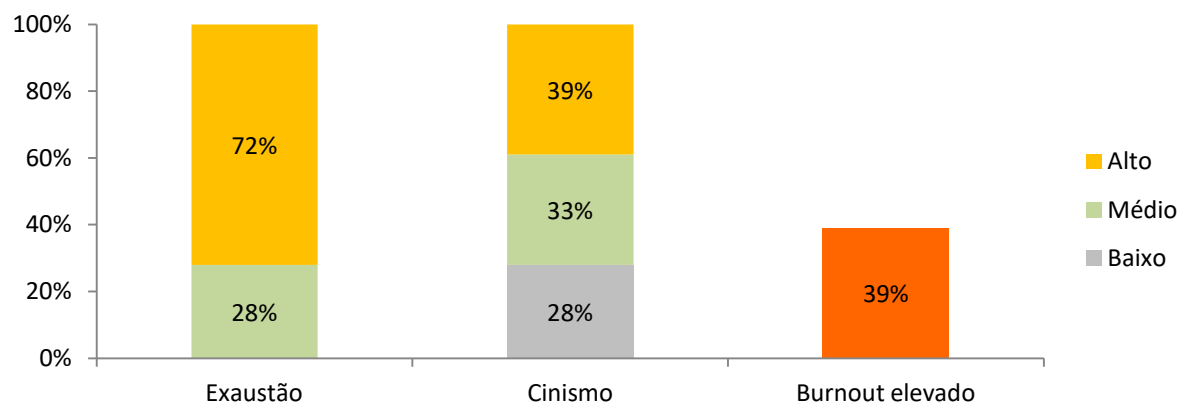


Figura C5. Psiquiatria

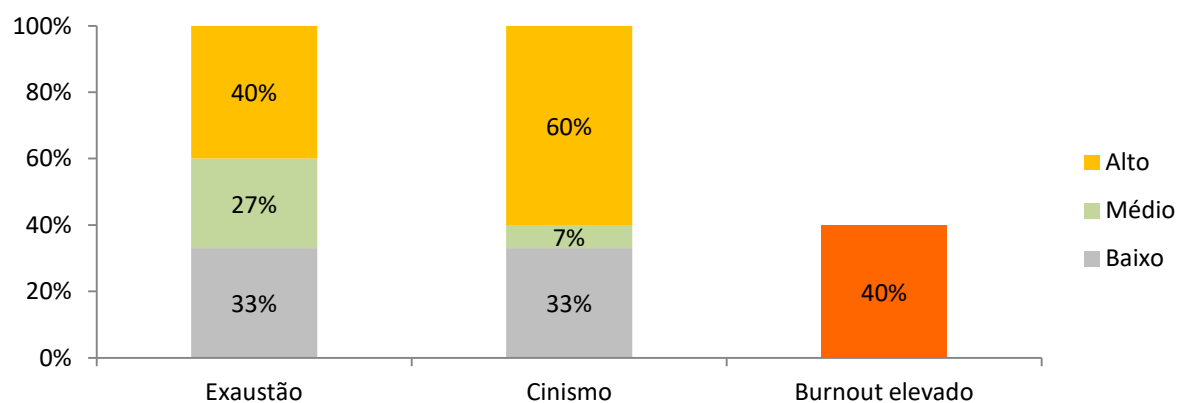
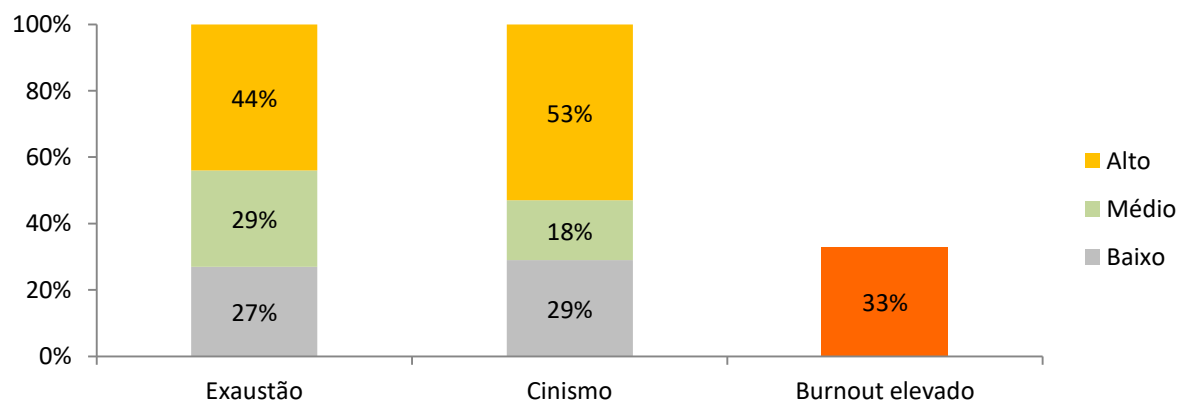


Figura C6. UCI



Anexo C (continuado)

Figura C7. Urgência Geral

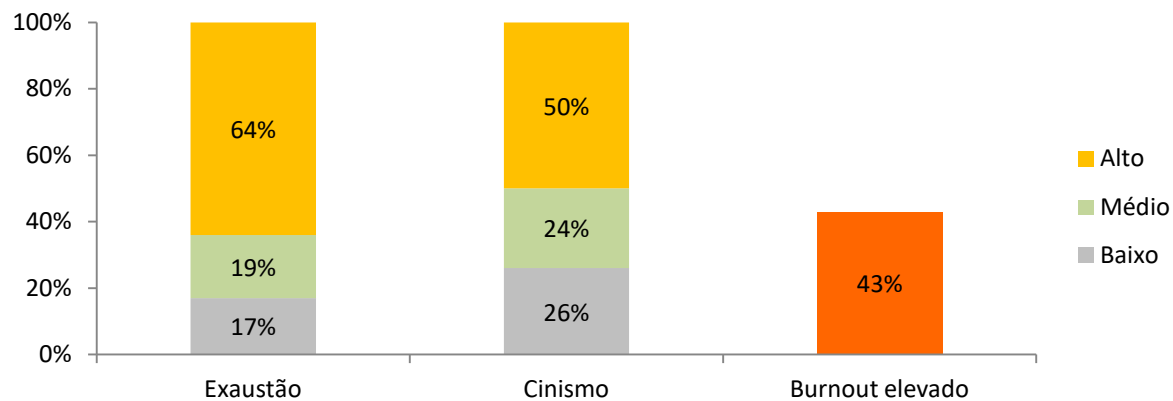


Figura C8. Urgência Pediátrica

