



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO**

**Incivilidade, *empowerment* estrutural e saúde mental nos profissionais
de saúde em cuidados paliativos e continuados**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Patrícia Alexandra da Silva Vinheiras

Orientador: Professor Doutor Tito Rosa Laneiro

Número da candidata: 20160716

Abril de 2019

Lisboa

Dedicatória

Dedico este trabalho àquela pessoa que nunca desistiu, até quando eu mesma o fiz, sempre acreditou que era possível e nas capacidades que tinha. Nunca deixou que as adversidades que foram aparecendo fossem maiores do que a força de vontade e que estas limitassem a concretização do nosso sonho. Este trabalho não é meu, é nosso: mãe.

Agradecimentos

Napoleon Hill dizia que *“estar juntos é um começo, continuarmos juntos é progresso, trabalhar em conjunto é sucesso”* (Hill, 2009), e é dessa forma que agradeço à minha companheira nesta grande batalha, Inês Mouta. Começámos este processo juntas e, sem saber o que esperar, aos poucos fomos vivendo derrotas, frustrações e muitas conquistas que, de forma individual, não teriam o mesmo gosto. Obrigada por não desistires e por não me deixares desistir também, juntas conseguimos percorrer este percurso e chegar ao fim. Nós, mais do que ninguém, sabemos o que é percorrer dezenas de quilómetros em busca de uma promessa que não corresponde à realidade e, mesmo assim, encontrar algo de positivo nisso. Obrigada por teres sido o grande pilar desta aventura!

Um especial agradecimento a todos os que participaram nesta investigação e a tornaram possível, sabemos que pode não ter sido fácil, que não era o melhor momento e que existiram alguns dissabores, mas é graças à vossa participação que hoje podemos contribuir com mais pesquisa para juntos melhorarmos, por isso deixo o meu enorme obrigada.

Obrigada Pedro Alho, por teres a paciência e a responsabilidade de tratar daqueles pormenores que fazem toda a diferença, sei que depois de um dia de trabalho e de aulas não é nada fácil.

Agradeço também ao Ricardo Lopes e, em especial, ao Pedro Cotovio do departamento de informática, pelo excelente profissionalismo e pelas horas dedicadas ao nosso grande amigo SPSS e às suas extensões - foram incríveis - sem vocês isto não seria possível.

Por fim agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Tito Laneiro, pelo voto de confiança, pela oportunidade de trabalhar consigo e pela enorme partilha de conhecimento, fez-me crescer e definir valores que serão imprescindíveis no futuro, obrigada.

Resta agradecer a todos aqueles que ao longo do percurso estiveram presentes e a incentivar, mas especialmente a todos aqueles que disseram “não és capaz”, porque foram vocês, os que sempre duvidaram, que me deram forças nas horas mais difíceis e nas maiores frustrações para eu levantar a cabeça, ir à luta e trabalhar arduamente!

*“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens,
mas em ter novos olhos”.*

(Marcel Proust)

RESUMO

Em Portugal existe uma ausência de estudos relativamente à incivilidade no trabalho e à forma como o ambiente no trabalho influencia a saúde mental dos profissionais. Assim, para corrigir a lacuna em causa, efetuámos um estudo onde analisámos a incivilidade, o *empowerment* estrutural e a saúde mental nos profissionais de saúde em cuidados paliativos e continuados.

A nossa investigação pretende analisar se o *empowerment* estrutural afeta positivamente a saúde mental, estudar se a incivilidade afeta negativamente a saúde mental, observar se o *empowerment* estrutural está negativamente associado à incivilidade e, por fim, avaliar se a incivilidade medeia a relação negativa entre o *empowerment* estrutural e a saúde mental.

Contámos com uma amostra de 209 participantes a nível nacional, de profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos, administrativos, assistentes sociais, auxiliares de saúde, e outros), que estejam atualmente a trabalhar em cuidados paliativos ou continuados. Para tal, aplicámos os instrumentos na versão adaptada à população portuguesa da Straightforward Incivility Scale (Leiter & Day, 2013), Escala Simples de Incivilidade no Trabalho, ESIT (Nitzsche, 2015), CWEQ-II (Laschinger et al., 2011) na versão portuguesa de Orgambidéz-Ramos et al. (2015) e o Mental Health Inventory, versão reduzida de cinco itens e adaptada à população portuguesa, MHI-5 (Ribeiro, 2001).

Os resultados confirmaram parcialmente a relação positiva entre o *empowerment* estrutural e a saúde mental e entre o *empowerment* estrutural e a incivilidade, todavia não confirmaram a existência de uma relação negativa entre a incivilidade e a saúde mental, nem quando a incivilidade se comportou como a variável mediadora entre o *empowerment* estrutural e a saúde mental.

Palavras-chave: incivilidade; *empowerment* estrutural; saúde mental; profissionais de saúde; cuidados paliativos e continuados.

ABSTRACT

In Portugal, there's a lack of studies relatively to work incivility and how work environment influences professionals' mental health. In order to correct that gap, we've made a study and analyzed work incivility, structural empowerment, and mental health in palliative and long-term health care professionals.

Our investigation intends to analyze if structural empowerment positively affects mental health, study if incivility negatively affects mental health, observe if structural empowerment is negatively associated to incivility, and evaluate if incivility mediates the negative association between structural empowerment and mental health. We've counted on a sample of 209 participants, from Portugal, linked to the health area (nurses, doctors, psychologists, administrative staff, social worker, health auxiliary care workers, and others) that are currently working in palliative and long-term health care. To complete this investigation, we've applied the instruments to the adapted version to the Portuguese population of the Straightforward Incivility Scale (Leiter & Day, 2013), Escala Simples de Incivilidade no Trabalho, ESIT (Nitzsche, 2015), CWEQII (Laschinger et al., 2011) in the Portuguese version of Orgambidéz-Ramos et al. (2015) and the Mental Health Inventory, short version of five items and adapted to the Portuguese version, MHI-5 (Ribeiro, 2001).

The results partially confirmed the positive relationship between structural empowerment and mental health, and between structural empowerment and incivility, although it's not confirmed the existence of a negative association between incivility and mental health, nor when incivility behaves as the mediate variable between structural empowerment and mental health.

Keywords: incivility; structural empowerment; mental health; health professionals; palliative and long-term health care.

Índice

INTRODUÇÃO	18
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	23
CAPÍTULO 1 - INCIVILIDADE NO LOCAL DE TRABALHO	25
1.1 CONCEITO DE INCIVILIDADE	25
1.1.1 <i>Incivilidade dos Supervisores</i>	26
1.1.2 <i>Incivilidade dos Pares</i>	27
1.1.3 <i>Incivilidade dos Subordinados</i>	27
1.1.4 <i>Incivilidade dos Clientes</i>	28
1.1.5 <i>Incivilidade Instigada</i>	28
CAPÍTULO 2 - <i>EMPOWERMENT</i>, PODER E <i>EMPOWERMENT</i> ESTRUTURAL.....	30
2.1 <i>EMPOWERMENT</i>	30
2.2 PODER E <i>EMPOWERMENT</i> ESTRUTURAL	31
2.3 ESTRUTURAS DO <i>EMPOWERMENT</i> ESTRUTURAL	33
CAPÍTULO 3 - SAÚDE MENTAL E TRABALHO.....	36
CAPÍTULO 4 - INCIVILIDADE, <i>EMPOWERMENT</i> ESTRUTURAL E SAÚDE MENTAL.....	38
CAPÍTULO 5 - CUIDADOS PALIATIVOS E CUIDADOS CONTINUADOS	39
5.1 CUIDADOS PALIATIVOS	39
5.1.1 <i>Modelos de Prestação de Cuidados Paliativos</i>	40
5.1.2 <i>Objetivos e Valores</i>	42
5.2 CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	42
5.2.1 <i>População Alvo</i>	43
5.3 CUIDADOS PALIATIVOS E CUIDADOS CONTINUADOS.....	44
PARTE II – MÉTODO	45

CAPÍTULO 6 - ANÁLISE DE DETERMINANTES PARA A INCIVILIDADE, *EMPOWERMENT* ESTRUTURAL E

SAÚDE MENTAL	46
6.1 PERTINÊNCIA DA INVESTIGAÇÃO E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	46
6.2 OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO	47
6.3 METODOLOGIA E PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO	47
6.4 HIPÓTESES E MODELO DE INVESTIGAÇÃO	48

CAPÍTULO 7 – METODOLOGIA.....49

7.1 AMOSTRA	49
7.2 INSTRUMENTOS	52
7.2.1 <i>Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II (CWEQ-II)</i>	53
7.2.2 <i>Mental Health Inventory (MHI-5)</i>	53
7.2.3 <i>Escala Simples de Incivilidade no Trabalho (ESIT)</i>	54
7.2.4 <i>Dados Sociodemográficos</i>	55
7.3 PROCEDIMENTO	55
7.3.1 <i>Procedimentos de Análise de Dados</i>	56

PARTE III – RESULTADOS.....57

CAPÍTULO 8 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA.....58

8.1 ESCALA SIMPLES DE INCIVILIDADE NO TRABALHO (ESIT)	58
8.2 MENTAL HEALTH INVENTORY	63
8.3 CONDITIONS OF WORK EFFECTIVENESS QUESTIONNAIRE II (CWEQ-II)	64
8.4 RESULTADOS DO MODELO DE MEDIAÇÃO	66

PARTE IV – DISCUSSÃO69

CAPÍTULO 9 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS70

9.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	73
9.2 PONTOS FORTES DO ESTUDO	74
9.3 SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES	75

CAPÍTULO 10 – CONCLUSÃO76

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
----------------------------------	----

ANEXOS	92
--------------	----

Índice de Anexos

Anexo A - Folha de Rosto.....	92
Anexo B - Questionário CWEQ-II	94
Anexo C - Questionário MHI-5.....	95
Anexo D - Questionário ESIT	96
Anexo E - Dados Sociodemográficos.....	97
Anexo F - Consentimento Informado	99

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estruturas do Empowerment Estrutural	33
Tabela 2 - Caraterização Amostra (N = 209)	50
Tabela 3 - Escala Simples de Incivilidade no Trabalho (ESIT)	58
Tabela 4 - Estatísticas descritivas (ESIT)	62
Tabela 5 - Mental Health Inventory (MHI-5)	63
Tabela 6 - Estatísticas descritivas	63
Tabela 7 - Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II (CWEQ-II)	64
Tabela 8 - Estatísticas descritivas (ECWQ-II)	65
Tabela 9 - Correlações CWEQ-II e MHI-5	66
Tabela 10 - Incivilidade e Saúde Mental	66
Tabela 11 - Empowerment e Incivilidade	67

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo de Investigação	48
Figura 2 - Mediação.....	68

Lista de Abreviaturas

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
CC	Cuidados Continuados
CP	Cuidados Paliativos
CWEQ-II	Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II
ECSCP	Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos
EISHCP	Equipa hospitalar de suporte em cuidados paliativos
ESIT	Escala Simples de Incivilidade no Trabalho
INE	Instituto Nacional de Estatística
MHI-5	Mental Health Inventory
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos

Incivilidade, *Empowerment* Estrutural e Saúde Mental nos Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos e Continuados

Introdução

A investigação que será apresentada de seguida, pretende estudar a forma como a incivilidade, o *empowerment* estrutural e a saúde mental dos profissionais dos cuidados paliativos e continuados, sofrem alterações quando comparadas entre si, sabendo que a incivilidade será considerada a variável mediadora.

Os cuidados paliativos (CP) e continuados (CC) são uma área que se encontra atualmente em grande desenvolvimento em Portugal. Desse modo, pretendemos contribuir para esse desenvolvimento e aumentar o conhecimento sobre áreas ainda pouco estudadas e/ou analisadas. Um dos serviços que se encontram atualmente no ativo, remete a sua origem para 1992 com a designação de “*Unidade de Dor*”, não existindo outra referência para serviços de cuidados paliativos organizados e estruturados anteriormente em Portugal (Marques, et al., 2009).

Sendo uma área em expansão, tal como avança uma notícia do Jornal Diário de Notícias (2016), existem apenas 359 camas para 80 mil doentes, havendo ainda regiões como é exemplo os Açores, que não possuem nenhuma. Apesar do crescimento desta área se encontrar em expansão há uma década, o mesmo tem ocorrido de forma muito lenta, existindo casos de doentes que são referenciados já muito tarde, quase no fim da sua vida, ou que se encontram a ser tratados em outras áreas de saúde (Mendes, 2016).

Os estudos efetuados sobre esta temática no nosso país e os que têm sido realizados, centram-se maioritariamente no âmbito da enfermagem. Todavia, entre as investigações já elaboradas na vertente da Psicologia, em Portugal, a variável mais comumente estudada é o *burnout*, dessa forma a presente investigação irá incidir não sobre o *burnout* mas sim sobre a saúde mental. Assim, o estudo realizado irá contribuir para o crescimento da área com vertentes que até ao momento não foram estudadas em Portugal. A partir dos estudos que foram realizados internacionalmente, chegou-se à conclusão que a elaboração de investigações neste âmbito, com profissionais em outras

áreas de saúde eram possíveis. Desse modo, e com o desenvolvimento que a área dos cuidados paliativos e continuados se encontra a ter no nosso país, principalmente na área da Psicologia, considerámos pertinente realizar uma investigação neste âmbito, esperando contribuir para o crescimento e desenvolvimento do estudo dos cuidados paliativos e continuados em Portugal.

Os cuidados paliativos são responsáveis por proporcionar o alívio da dor e de outros sintomas que causem sofrimento, afirmando a vida e considerando a morte como um processo natural. São considerados cuidados que se centram mais no doente do que na doença, aceitando a morte e melhorando a vida (Capelas, 2004). Por outro lado, os cuidados continuados são responsáveis pela recuperação e reintegração dos doentes crónicos e de pessoas quem têm algum tipo de dependência. São caracterizados pelas intervenções integradas de saúde e apoio social, que têm como objetivo a recuperação global de forma a promover a autonomia e a melhorar a funcionalidade do doente, a partir da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (SNS, 2016). Tendo em vista estes fatores, consideramos de extrema importância estudar variáveis que fossem de encontro a estes dois tipos de cuidados que estão diariamente na vida dos cuidadores profissionais, como é o caso da incivilidade, do *empowerment* estrutural e da saúde mental.

A incivilidade é um conceito também em desenvolvimento em Portugal, pelo que se considera importante inserir a mesma nesta investigação. Inserida na qualidade das relações interpessoais no trabalho, a incivilidade é considerada como um comportamento desviante que vai de encontro à violação do respeito mútuo, não sendo necessária a existência de uma intenção clara para prejudicar o outro (Anderson & Pearson, 1999; Penney & Spector, 2005;).

A incivilidade no local de trabalho é considerada um comportamento rude e desrespeitoso, provocando um maior nível de *stress* os trabalhadores que sofrem este

comportamento, quando comparados. Dessa forma, são indivíduos mais prováveis para deixar a empresa onde prestam os seus serviços. A incivilidade pode ser manifestada por comportamentos hostis, que podem conduzir a doenças físicas ou de carácter psicológico que condicionam a sua produtividade (Ribeiro, et al., 2014).

Por sua vez, o *empowerment* é designado como um processo social de carácter multidimensional, a partir do qual os indivíduos e os grupos adquirem uma melhor compreensão e controlo relativamente às suas vidas, chegando a um nível individual a ser considerado como parte fundamental do desenvolvimento humano (WHO, 2009). Este poderá ser considerado como uma ferramenta de carácter competitivo dentro de uma organização, podendo conduzir à satisfação dos colaboradores e como consequência dos clientes, tendo como base a satisfação de ambos (Rodrigues, 2016).

O *empowerment* estrutural está relacionado com a partilha de poder na organização, entre as chefias e os colaboradores, de forma a estimular a tomada de decisões, a autoridade e a responsabilidade que remetem à hierarquia da organização (Tavares, 2014). Envolve práticas de gestão, de distribuição de responsabilidade pelos colaboradores com diferentes níveis hierárquicos, e permite que os mesmos tomem decisões. Estas ações podem ser realizadas por qualquer indivíduo da organização que tenha acesso a informação, oportunidade e a recursos que resultam numa mais valia para o trabalho dos mesmos (Rodrigues, 2016).

Se relacionarmos o *empowerment* com a área da saúde mental, este refere-se a um nível de escolha, influência, e controlo que os indivíduos que usufruem dos serviços de saúde mental podem exercer em aspetos relacionados com a sua própria vida (WHO, 2009).

A qualidade do tratamento dos utentes passa pela qualidade da saúde mental que o seu cuidador possui, principalmente numa área tão delicada e traumática como os cuidados paliativos e continuados, onde o número de mortes é considerado um dos mais

elevados relativamente às restantes áreas da Medicina no âmbito hospitalar. Os profissionais são obrigados a encontrar estratégias para lidar com a sua dor e a morte dos seus pacientes, assim como considerar para além da saúde física, a psicológica, a social e a espiritual, entendendo-se por vezes ao luto, ao sofrimento e à perda que pode ocorrer antes, durante ou após a morte (Cooper & Cooper, 2012; Kovács, 2010).

A saúde mental, ou melhor, a má saúde mental, é uma das maiores questões encontradas nos locais de trabalho, sendo responsável pela exaustão, desmotivação e consequentemente perda de produtividade, sendo uma questão importante para as empresas. Pode ser manifestada desde o stress à ansiedade, consideradas as questões mais comuns, mas também podem ocorrer casos considerados mais complexos, como a depressão, perturbação bipolar e perturbação obsessiva-compulsiva (Foundation, 2013).

Um estudo realizado em Ontário (maior província do Canadá), por Wing, Regan e Laschinger (2013), relaciona a influência do *empowerment* estrutural com a incivilidade e a saúde mental em novas enfermeiras que se encontravam a trabalhar na área hospitalar. A partir da elaboração deste estudo, foi possível concluir que quando existe *empowerment* estrutural, os níveis negativos de saúde mental são menores. Contudo, relativamente à incivilidade, o estudo sugere que esta medeia a relação entre o *empowerment* estrutural e a saúde mental, diminuindo a boa relação encontrada entre as outras duas variáveis.

O alívio do sofrimento no final de vida, requer da parte dos profissionais de saúde um esforço individual quer a nível de intervenção, quer a nível organizacional e político (Capelas, 2014).

Ao longo dos capítulos que se seguem iremos então estudar e analisar estas questões, de forma mais aprofundada e detalhada, com uma amostra recolhida a nível nacional.

Iremos iniciar este estudo por analisar a incivilidade no local de trabalho, onde começamos por estudar o seu conceito. Posteriormente definimos de forma mais pormenorizada a incivilidade de superiores, a incivilidade de pares, a incivilidade de subordinados, a incivilidade de clientes e por último a incivilidade instigada.

Seguidamente, vamos nos focar no *empowerment*, o poder e o *empowerment* estrutural. Iremos analisar o *empowerment*, a ligação entre o poder e o *empowerment* estrutural e para finalizar apresentaremos as estruturas que constituem o *empowerment* estrutural.

A saúde mental no trabalho aparece no capítulo seguinte. Aqui iremos focar-nos nas definições de saúde mental e como a mesma está relacionada com diversos trabalhos e organização no ambiente dos mesmos. Finalizando a primeira parte da nossa investigação, encerramos com um capítulo que junta as nossas três variáveis: a incivilidade, o *empowerment* estrutural e a saúde mental. Uma vez definidas as variáveis que são responsáveis à nossa investigação vamos conhecer o meio onde o nosso estudo está centrado, ou seja os cuidados paliativos e os cuidados continuados. Apresentaremos as suas definições separadamente iniciando pelos cuidados paliativos, seguindo-se a prestação de cuidados dos mesmos, os seus valores e objetivos e passando para os cuidados continuados integrados, a sua população alvo e finalizando este capítulo com os cuidados paliativos e continuados juntos.

A presente investigação irá ainda apresentar uma Parte-II que ficará responsável pelo método, uma Parte-III onde serão apresentados os resultados da mesma e uma Parte-IV que será o local onde elaboraremos a discussão dos dados do nosso estudo.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Capítulo 1 - Incivilidade no local de trabalho

Neste capítulo vamos estudar o conceito de incivilidade no trabalho. Iremos abordar temas como o impacto que esta variável apresenta no trabalho, assim como a incivilidade de supervisores, a incivilidade de pares, a incivilidade de subordinados, a incivilidade de clientes e a incivilidade instigada.

1.1 Conceito de Incivilidade

A incivilidade no local de trabalho pode definir-se como um comportamento desviante, que possui uma baixa intensidade e é de forma intencional ambíguo em relação à violação das normas de respeito mútuo, todavia não é necessariamente um comportamento que visa prejudicar o outro (Andersson & Pearson, 1999).

Os comportamentos de incivilidade não são comportamentos físicos, mas sim comportamentos de desrespeito que comprometem a conduta e a interação civilizada entre os indivíduos (Almeida & Holanda, 2016). Apesar de não ser possível avaliar a intensidade de um comportamento designado como “baixa intensidade”, a incivilidade existe quando ocorrem comportamentos verbais (falar da vida de um colega de trabalho sem o mesmo estar presente), comportamentos não verbais (excluir um colega de trabalho) e de uma forma ativa (deixar de dar informação importante aos restantes colegas de trabalho) (Martin & Hine, 2005).

A maioria das investigações sobre incivilidade considera-a como intra organizacional (supervisores e colegas de trabalho) (Cortina, et al., 2011), mas também como inter organizacional (clientes) (Grandey, Dickter, & Sin, 2004). Um ato de incivilidade realizado por um empregado pode provocar o seu alvo a responder da mesma maneira que o seu instigador, conduzindo dessa forma a uma espiral de incivilidade (Andersson & Pearson, 1999).

O efeito espiral é estudado quando se fala de incivilidade no local de trabalho. Este efeito é responsável por descrever a forma como a incivilidade se pode transformar

em um comportamento cada vez mais intenso existindo ponto de partida e pontos de inflexão (Blau & Andersson, 2005). Por exemplo, no modelo das exigências do trabalho de *burnout* e *engagement* (Maslach & Leiter, 1999) foi verificado que a incivilidade está ligada à exaustão emocional e ao cinismo enquanto que a civilidade se interligou com o envolvimento no trabalho e com a eficácia profissional, assim é possível verificar-se que a ausência de um ambiente de trabalho civilizado tem impacto no respeito, ocorrendo incivilidade (Leiter, 2013).

1.1.1 Incivilidade dos Supervisores

Alguns comportamentos como o assédio moral e o abuso verbal provocaram uma redução da satisfação no trabalho, nas relações com a supervisão ou até mesmo com os colegas aumentando o comportamento de retaliação e agressão organizacional (Donovan, Drasgow, & Munson, 1998) (Skarlick & Folger, 1997).

Na realidade os supervisores que recorrem ao abuso verbal estão piores classificados, pelos seus subordinados, do que aqueles que não o fazem, todavia este abuso pode surgir como uma demonstração de poder, como uma libertação de stress ou como uma forma de motivar os seus funcionários (Schat & Kelloway, 2005).

Em um estudo realizado na população portuguesa com profissionais de saúde, constatou-se que a incivilidade de supervisores é mais elevada no serviço do bloco de partos, na neonatologia, na UCI, na urgência geral e na urgência pediátrica em relação aos restantes serviços do hospital estudo, todavia entre os serviços acima mencionados a urgência geral apresenta valores bastante elevados quando comparado com o estudo original de Leiter e Day (2013) (Laneiro, Magalhães, & Nitzsche, 2016).

1.1.2 Incivilidade dos Pares

Nos relacionamentos entre pares existem os indivíduos que intimidam e que apresentam a relação de poder sobre os outros e que por isso se encontram mais inseridos nos grupos sociais e há os que apresentam papel de “vitima”, dessa forma existe uma analogia de poder nestas relações (Nobre, et al., 2016).

Os trabalhadores que experimentam a incivilidade testemunhando maus tratos a colegas mostram menos satisfação no trabalho e um elevado nível de *burnout*. Este tipo de comportamentos acarreta custos para a entidade patronal que absorve a distração, o descontentamento dos funcionários e consequentemente acidentes, licenças médicas, conflitos na equipa e um declínio progressivo de produtividade (Lim & Cortina, 2005).

No estudo realizado em Portugal com a amostra referente aos profissionais de saúde verificou-se que os técnicos compõem o grupo profissional com a incivilidade de pares mais elevado enquanto que o grupo com o nível desta incivilidade mais baixo é composto pelos médicos, todavia a média do hospital estudado não é significativamente superior à verificada por Leiter e Day (2013) (Laneiro, Magalhães, & Nitzsche, 2016).

1.1.3 Incivilidade dos Subordinados

“A incivilidade é cara e poucas organizações a reconhecem ou desenvolvem ações para a restringir” (Porath & Pearson, 2018).

Comportamentos e atitudes como ignorar o colega de trabalho ou prejudica-lo publicamente pode criar danos permanentes que devem preocupar a organização como um todo, uma vez que, os funcionários vão se sentindo mais desrespeitados e consequentemente perdem a motivação para trabalhar, causando custos à empresa (Porath & Pearson, 2018).

1.1.4 Incivilidade dos Clientes

Quando se é exposto à incivilidade cliente, surgem sentimentos de tristeza, angustia, hostilidade, rejeição e irracionalidade (Liu, et al., 2008) tendo tendência a recorrer a mecanismos de defesa para se proteger (Hana, Bonn, & Cho, 2016).

A incivilidade de clientes é considerada a experiência mais comum de maus tratos no ambiente do trabalho podendo influenciar os comportamentos e atitudes dos trabalhadores e resultando em implicações na percepção da justiça organizacional (Willhaus, Clark, & Kardong-Edgren, 2014).

Muitos são os fatores que contribuem para a existência da incivilidade clientes. Podemos referir, por exemplo, as horas extraordinárias não renumeradas, o abuso dos clientes e atender de forma consecutiva os clientes que em conjunto contribuem para uma insatisfação com o trabalho dos profissionais (Delp, et al., 2010).

Em um estudo português efetuado com profissionais de saúde de um hospital, verificou-se que entre enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e técnicos, o maior nível de incivilidade clientes era referente aos enfermeiros e que a menor correspondia aos médicos. Uma vez que ainda não foi estudada esta população em outros países os investigadores não puderam comparar os resultados obtidos (Laneiro, Magalhães, & Nitzsche, 2016).

1.1.5 Incivilidade Instigada

A incivilidade instigada é muitas vezes associada à incivilidade experimentada, no sentido em que o indivíduo presencia uma ação de incivilidade e posteriormente modelam o seu comportamento de forma a retaliar os atos que sofreram ou presenciaram.

Em um estudo realizado os resultados demonstraram que trabalhadores que testemunharam mais incivilidade de supervisores apresentam um maior nível de

incivilidade instigada, todavia sentem ter apoio e controlo dentro da organização. Dessa forma o mesmo estudo, defende que a incivilidade instigada é descrita por trabalhadores onde a sua organização apresenta altos níveis de incivilidade, mas ao mesmo tempo onde eles têm apoio e controlo no seu trabalho (Holm, Torkelson, & Bäckström, 2015).

Um estudo realizado para profissionais de saúde de um hospital em Lisboa, revela nos seus resultados que entre as categorias profissionais estudadas os técnicos ocupam o lugar com o valor mais alto enquanto que os médicos ocupam o lugar oposto, com o valor mais baixo de incivilidade instigada. Relativamente aos serviços estudados na mesma investigação a urgência pediátrica revela valores bastante elevados relativamente à média geral (Laneiro, Magalhães, & Nitzsche, 2016).

Resumindo, os estudos efetuados sobre incivilidade nos cuidados de saúde são maioritariamente realizados com enfermeiros, onde estes afirmam que a incivilidade aumentou o risco de cometer erros no atendimento ao utente, causou distrações e transtornos emocionais contribuindo para uma perda de motivação gradual pelo seu trabalho (Armstrong, 2018).

Capítulo 2 - *Empowerment*, Poder e *Empowerment* Estrutural

Este capítulo será centrado na definição de *empowerment* e *empowerment* estrutural, uma das variáveis da nossa investigação. Iremos começar por definir *empowerment* e posteriormente iremos definir então e aprofundar o que é o *empowerment* estrutural e as quatro condições referentes ao ambiente de trabalho que provém do mesmo.

2.1 *Empowerment*

O *empowerment* é um conceito que provém de diferentes tipos de conhecimento com origem na segunda metade do século XX, devido a lutas pelos direitos civis, ao movimento feminista e à ideia da “ação social” que existiam nos países desenvolvidos. Ao longo dos anos este conceito tem sido influenciado por movimentos de autoajuda, pela psicologia comunitária e pelo direito da cidadania como é o caso da educação e da saúde em ambiente físico (Carvalho, 2004).

Este conceito é utilizado frequentemente na área da Psicologia das Organizações, em Psicologia Comunitária, Cuidados de Enfermagem, Gestão de Recursos Humanos e Gerontologia (Ryles, 1999).

Na literatura muitos autores caracterizam o *empowerment* como a capacidade que os trabalhadores têm de arranjar a energia necessária para serem ouvidos e influenciarem os objetivos da organização, dessa forma o *empowerment* permite que os funcionários utilizem a sua criatividade de forma a melhorar o seu desempenho e a sua qualidade de vida a nível profissional (Mukwakungu & Mbohwa, 2018).

O *empowerment* pode ser estudado a partir de duas perspetivas diferentes, o *empowerment* estrutural e o *empowerment* psicológico. Quando falamos em *empowerment* estrutural afirmamos que os indivíduos nas organizações têm acesso a ferramentas designadas como oportunidades, informações, apoio e recursos, ou seja, as estruturas organizacionais devem possuir políticas e procedimentos operacionais que

forneçam aos seus trabalhadores acesso a oportunidades para crescer e desenvolverem-se no trabalho, informação e formação adequada para que possam realizar as suas funções da melhor forma, organização e apoio que permitam uma resolução de problemas ativa e os recursos que sejam necessários para a correta aplicação dessas medidas (Hernández, 2017). Relativamente à segunda perspetiva centramo-nos no *empowerment* psicológico, onde é defendido que não é suficiente que as condições estruturais na organização estejam estabelecidas, é igualmente importante garantir que o indivíduo ou os grupos de trabalho sintam o *empowerment*, ou seja, é necessário que o indivíduo sinta que tem controlo em relação ao seu trabalho e essencialmente sinta o poder de autodeterminação. Desta forma, o *empowerment* relaciona-se com um estado de motivação intrínseca (Hernández, 2017).

No ponto seguinte iremos aprofundar a definição de *empowerment* estrutural e falar pormenorizadamente das suas quatro condições.

2.2 Poder e *Empowerment* Estrutural

O *empowerment* e o poder são dois conceitos que precisam de ser compreendidos e entendidos de forma individual para se poderem compreender como um todo (Martins & Frota, 2002).

Segundo Kater (1981), “poder é definido como a capacidade de mobilizar pessoas e recursos” com o intuito de realizar aquilo que é necessário. Passa mais por uma forma de eficácia do que por uma forma de demonstrar controlo sobre o outro, assim em uma instituição os que são considerados mais poderosos são aqueles que tem as suas necessidades atendidas e que conseguem obter os recursos, o apoio e a ajuda dos outros para realizar as suas ideias e as colocar em prática (Kanter, 1981).

A motivação do trabalhador é influenciada pelo poder, no sentido em que pessoas sem poder em uma organização não recebem apoio nem são eficazes no trabalho que realizam (Kanter, 1981).

O *empowerment* estrutural considera que o ambiente de trabalho deve disponibilizar aos trabalhadores o acesso a recursos que permitam que o seu trabalho potencie o desempenho do indivíduo, dessa forma, é possível que exista um desenvolvimento e crescimento dentro da organização de forma a que possa evoluir na estrutura organizacional a que pertence (Ribeiro, 2018).

A informação é essencial no *empowerment* estrutural, permitindo aos trabalhadores um desempenho organizacional mais adequado. Com acesso a informação pertinente é possível conhecer melhor a organização e as normas da mesma, assim como contribuir de uma forma mais ativa para a organização, permitindo que este se sinta mais integrado. Por outro lado, o feedback dos seus colegas e supervisores permite que o trabalhador obtenha consciência do seu desempenho, dos seus pontos fortes e quais aqueles onde pode melhorar, é um recurso que permite o trabalho em equipa. Para que exista o trabalho em equipa na organização é necessário que a mesma contenha recursos que permita o trabalho de forma eficaz e saudável, recursos esses que podem ser de cariz financeiro, material ou temporal, uma vez que, todos são de extrema importância para um resultado final bom (Lanchinger, et al., 2001).

Kanter (1993) já tinha introduzido este modo, contudo foi Lanchinger quem o desenvolveu alegando que as pessoas reagem de forma diferente em determinadas situações, dependendo da estruturação do local da organização, estrutura essa que está relacionada com o acesso à informação, ao suporte e recursos que são necessários para a elaboração do seu trabalho, assim como, com a oportunidade de desenvolver-se pessoalmente e profissionalmente dentro da organização onde se encontra (Lanchinger, et al., 2001).

Desta forma, existem quatro condições que estão inerentes ao ambiente no trabalho, Oportunidades, Informação, Apoio e Recursos (Lanchinger, et al., 2001). Assim, o *empowerment* seria um processo interpessoal onde as informações corretas, o

suporte, os recursos e o ambiente permitem desenvolver a capacidade pessoal e a eficácia de forma a distinguir os objetivos organizacionais (Batista, 2016).

2.3 Estruturas do *Empowerment* Estrutural

Tabela 1 - Estruturas do Empowerment Estrutural

<i>Estruturas</i>	<i>Descrição</i>
<i>Oportunidades</i>	Segundo Kanter (1993), as oportunidades são referentes à possibilidade de existir um desenvolvimento dentro da organização, assim como, de aumentar o conhecimento e as aptidões do trabalhador, ou seja, é uma habilidade de avançar na organização com recurso à visibilidade e exposição ou com a capacidade de aprender e crescer profissionalmente (Spreitzer, 1996).
<i>Informação</i>	Referem-se a conhecimentos técnicos e competências associadas ao desempenho eficaz de uma função permitindo que aos trabalhadores agir de forma rápida e tomar decisões em uma situação (Gouveia, 2013). Encontra-se ainda ligada aos conhecimentos técnicos e competências necessárias para o desempenho eficaz de uma função (Gilbert & Leiter, 2010).

<i>Apoio</i>	Pode ser definido como um suporte emocional, onde o trabalhador recebe feedback e orientação a partir dos seus superiores, pares ou subordinados. Refere-se à capacidade do funcionário em elaborar respostas de ação e de risco em determinadas situações (Gilbert & Leiter, 2010).
<i>Recursos</i>	Está relacionado com a capacidade em conseguir obter os meios financeiros e tempo que são necessários para o cumprimento do seu trabalho, facilitando a realização do mesmo. É considerado o maior poder dos indivíduos resultando em indivíduos fortemente eficazes (Orgambídez-Ramos & Borrego-Alés, 2014).

Fonte: (Spreitzer, 1996); (Gilbert & Leiter, 2010); (Gilbert & Leiter, 2010) e (Orgambídez-Ramos & Borrego-Alés, 2014).

Com base na informação supra e com oportunidades para aumentar os conhecimentos e as competências de forma a crescer dentro da organização, com informação que facilite a eficácia no trabalho, apoio que permita ao funcionário elaborar respostas de ação e recursos que permitam alcançar meios financeiros que permitam cumprir o trabalho de forma mais simples, é possível aumentar os níveis de *empowerment* estrutural (Rodrigues, 2016).

Capítulo 3 - Saúde Mental e Trabalho

Neste capítulo iremos centrar-nos na saúde mental no âmbito do trabalho. Vamos focar-nos na sua definição, características e nas diferenças que são sentidas em diferentes ambientes de trabalho e profissões.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental é um estado de bem-estar correspondente a um funcionamento que permite ao indivíduo lidar com os fatores de stress e trabalhar de forma produtiva (WHO, 2013).

A OMS refere que no contexto de saúde mental, quando se fala de “grupos vulneráveis” a vulnerabilidade não é inerente ao indivíduo mas sim provocada pelo meio ambiente, dessa forma a saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores não devem ser resolvidos a nível individual ou encarados como um problema pessoal (Martin, et al., 2016).

O mercado de trabalho tem vindo a sofrer alterações nos últimos tempos e as suas características tem sofrido as mais variáveis alterações. Houve um aumento do número desempregos na área dos serviços e empregos flexíveis e tornou-se bastante comum um indivíduo ter mais que um emprego ao mesmo tempo de diferentes tipos. Estes fatores contribuem para uma exposição do trabalhador a diversos ambientes e dificulta na identificação dos fatores que possam afetar a sua saúde (Ribeiro, 2018).

O indivíduo é, dessa forma, rodeado por um ambiente complexo no seu ambiente laboral e sofre múltiplas influências no que remete para o comportamento e atitudes dos trabalhadores. Para se compreender da melhor forma o ambiente psicossocial no trabalho é necessário conhecer as características e as tarefas que estes incluem, assim como, o clima organizacional e de grupo (Martin, et al., 2015).

Quando se fala de profissionais de saúde é obrigatório fazer referência ao desgaste emocional das tarefas que são realizadas, principalmente em ambiente hospitalar, assim como, à excessiva carga horária de trabalho, ao contacto direto com muitas situações

limite e ao elevado nível de tensão e alto risco que faz parte do seu dia a dia (Elias & Navarro, 2006).

Em um estudo realizado em Portugal com uma amostra de profissionais de saúde de quatro categorias diferentes de trabalho, de um hospital de Lisboa, foi possível verificar-se que o seu nível de saúde mental é considerado “pobre” com cerca de 55% dos profissionais de saúde abaixo do valor de referência. Relativamente aos serviços estudados por esta investigação, comprovou-se que o serviço de medicina e de cirurgia e psiquiatria são os que apresentam os valores mais altos ao contrários dos serviços de Bloco de partos, neonatologia e urgência pediátrica que são os que apresentam os valores mais baixos (Laneiro, Magalhães, & Nitzsche, 2016).

Na literatura consultada não encontramos investigações que indicassem indicadores relativos à saúde mental dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, ou de assistentes operacionais, no entanto consideramos importante conhecer fatores que possam promover a saúde mental dessas classes profissionais já que os estudos que foram realizados com a classe profissional de médicos e de enfermeiros apresentam elevados níveis de exaustão (Vala, Pinto, Moreira, & Lopes, 2016).

Capítulo 4 - Incivilidade, *Empowerment* Estrutural e Saúde Mental

Este capítulo será o responsável por juntar todas as variáveis da nossa investigação. Uma vez que não existem estudos portugueses que contenham as três variáveis em estudo juntas, teremos de nos apoiar em literatura internacional.

O estudo de Wing, Regan e Laschinger (2015) é um bom exemplo do papel importantíssimo que as relações interpessoais têm no trabalho. Neste estudo a incivilidade realiza um papel mediador entre o *empowerment* estrutural e a saúde mental dos enfermeiros jovens.

Segundo os resultados do estudo supra anunciado os locais de trabalho onde existem estruturas de informação, apoio, desenvolvimento e recursos e que apoiam o trabalho eficaz e motivador são ambientes que promovem a saúde mental dos enfermeiros, e que consequentemente resultam na boa prestação de cuidados dos mesmos. Contudo se existir incivilidade vai-se afetar negativamente a saúde mental dos colaboradores independentemente se o ambiente de trabalho apresenta as características acima referidas e que promovam um bom desenvolvimento profissional.

A existência de relações positivas de trabalho são, essenciais para que os indivíduos obtenham bons desempenhos no trabalho e consequentemente uma boa saúde mental, em organizações com acesso a estruturas de *empowerment* (Ribeiro, 2018).

Segundo um estudo efetuado pela Agência Europeia para a Segurança no Trabalho (2012), a forma como o trabalho é organizado afeta a saúde mental dos trabalhadores, ou seja, se por uma lado é possível provocar sentimentos de inclusão social e ocupação do tempo, no lado oposto pode apresentar riscos de ansiedade, depressões e esgotamentos (Osha, 2012).

Capítulo 5 - Cuidados Paliativos e Cuidados Continuados

Este capítulo estará centrado nos Cuidados Paliativos e nos Cuidados Continuados. Ao longo do mesmo, iremos analisar a sua definição, a origem e o desenvolvimento que tem existido no nosso país neste tipo de cuidados. Iremos também estudar o que compõem e diferenciam estas metodologias.

5.1 Cuidados Paliativos

Em Portugal, nos últimos anos, os cuidados paliativos têm sofrido alterações e desenvolvimentos com o aumento da esperança de vida, mas o que são este tipo de cuidados e quais são os seus objetivos?

Os cuidados paliativos podem ser definidos, nos dias de hoje, como os cuidados que pretendem melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que são portadores de uma doença grave incurável e cujo prognóstico é limitado, através do alívio da dor, do tratamento rigoroso e do acompanhamento não só físico como também psicológico, social e espiritual. Desta forma, os CP são considerados uma área especializada de cuidados de saúde direcionada para a intervenção no sofrimento independentemente de o doente ser considerado paliativo, terminal ou se encontrar nos seus últimos dias e horas de vida. Os CP centram-se nas “necessidades paliativas e não na fase paliativa da trajetória da doença” (Capelas, et al., 2017).

É importante referir que um doente paliativo não é o mesmo que um doente terminal ou um doente nos seus últimos dias e horas de vida. Por um lado, um doente paliativo é o doente que apresenta uma situação crónica e que é progressiva enquanto que o doente terminal apresenta doença avançada, progressiva e incurável e cuja resposta aos tratamentos é muito reduzida. Normalmente este tipo de doente apresenta um prognóstico de um ano de vida. Por último, o doente em últimos dias e horas de vida é aquele cuja

morte está iminente e se estende por um período máximo de duas semanas (Capelas, et al., 2017).

Da mesma forma que existem diferentes tipos de doentes em cuidados paliativos também existem diferentes níveis de cuidados e diferentes formas de prestar os mesmos.

5.1.1 Modelos de Prestação de Cuidados Paliativos

Os níveis de CP podem ser divididos em ações paliativas, cuidados paliativos gerais, e cuidados paliativos especializados, enquanto que os modelos de prestação de cuidado são diferenciados na unidade de cuidados paliativos (UCP), na equipa hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP), na equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) e nos centros de dia (Capelas, 2014).

As ações paliativas designam-se por cuidados que estão integrados em qualquer serviço não especializado com o objetivo de aliviar o sofrimento devido á situação clínica apresentada. Estão assim, incluídas medidas não só não-farmacológicas e farmacológicas como a comunicação entre o doente, a família, os profissionais de saúde, o apoio na tomada de decisão e o respeito pelas escolhas do doente (APCP, 2016).

Os cuidados prestados por profissionais de saúde que não fazem da área dos cuidados paliativos o seu principal foco na sua atividade profissional, mas que possuem bons conhecimentos da área, são designados por cuidados paliativos gerais, enquanto que os cuidados prestados em serviços onde as equipas tem com principal atividade a prestação de cuidados paliativos vocacionados, por norma, para doentes mais complexos e com profissionais de um nível diferente, são designados por cuidados paliativos especializados. Neste tipo de CP é necessário a existência de uma equipa interdisciplinar que tenha como único foco este tipo de atividade (Capelas, 2014).

Os serviços de CP especializados procuram responder aos desejos dos doentes relativamente ao local onde preferem que os seus cuidados sejam prestados e ao local

onde preferem morrer, sendo dessa forma necessário a existência de diferentes tipologias e recursos especializados na rede de CP. Estas especificações são encontradas na UCP, na EIHSCP, na ECSCP e nos centros de dia.

Quando falamos em unidade de cuidados paliativos referimo-nos a uma unidade que presta cuidados a doentes internados que visa tratar e cuidar o doente paliativo podendo ser encontrada em hospitais, numa enfermaria ou até em uma estrutura completamente autónoma á estrutura hospitalar, dependendo da gravidade do doente. Por sua vez, a equipa hospitalar de suporte em cuidados paliativos disponibiliza aconselhamento e apoio a toda a estrutura hospitalar, aos doentes, ás famílias e aos cuidadores no ambiente hospitalar, por vezes complementa este “apoio” com formações formais ou informais e interliga-se a outros serviços quer seja dentro ou fora do hospital. A EIHSCP visa reduzir as unidades de cuidados intensivos, os custos inerentes ao serviço e facilita as transferências entre o domicílio e o hospital. Esta equipa melhora ainda o preenchimento da documentação com as preferências dos doentes e os seus objetivos sendo a sua atividade notada pelo doente e pela família.

As equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos prestam cuidados a doentes ambulatoriais, em cuidados domiciliários ou que se encontrem internados em Unidades de Cuidados Continuados (DGS, 2018). Por sua vez, os centros de dia, são espaços nos próprios hospitais, nas unidades de cuidados paliativos ou na própria comunidade criados especialmente para promoverem a prática de atividades terapêuticas dos doentes paliativos, oferecendo aos mesmos a possibilidade de participarem em atividades que não seriam possíveis em outras estruturas sem a supervisão clínica e permitindo que os familiares e cuidadores obtenham algum alívio (APCP, 2016).

5.1.2 Objetivos e Valores

Os CP têm como objetivos gerais o alívio do sofrimento e a promoção da qualidade de vida e das dignidades das pessoas que possuem doenças incuráveis, avançadas e progressivas, de forma a que as mesmas contenham os recursos necessários para possuir cuidados de saúde rigorosos e que integrem os problemas físicos, psíquicos, sociais e espirituais dos doentes e dos seus cuidadores. Pretendem ainda promover a aceitação da etapa final da vida como uma fase que é única e vulnerável, contribuindo para a humanização dos cuidados de saúde em geral e dessa forma evitando as formas de tratamento que pretendem encurtar a vida dos doentes (Gonçalves, 2018).

Ao falar-se de cuidados paliativos temos obrigatoriamente de falar dos seus valores, ou seja, do respeito total pela Vida Humana, aceitando a morte como um processo natural que não podemos antecipar ou atrasar, aceitando de forma incondicional “o outro”, respeitando cada doente e familiar de forma única lembrando que possuem valores e necessidades individuais e específicas, são o doente a sua família considerados o centro do trabalho dos profissionais de saúde (Gonçalves, 2018).

5.2 Cuidados Continuados Integrados

Os cuidados continuados à semelhança dos cuidados paliativos estão em grande crescimento e desenvolvimento em Portugal, principalmente devido ao grande envelhecimento da população. Segundo uma estimativa realizada pelas Nações Unidas, Portugal é atualmente o quarto país da União Europeia com a população mais envelhecida e estimam que esta posição se irá agravar tendo em conta a situação demográfica atual (Borges, 2015). A proporção da população mundial com 65 anos ou superior regista uma tendência de carácter crescente, estando a aumentar de 5.3% para 6.9% do total da população entre os anos de 1960 e 2000. Estima-se que para 2050 esta

percentagem chegue aos 15.6%, comprovando que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (INE, 2002).

Os cuidados continuados integrados são cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e de indivíduos que possuem alguma dependência. Os CC centram-se na recuperação global promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa com dependência (Social, 2018).

A definição de cuidados continuados integrados refere que estes são um conjunto de intervenções sequenciais de saúde ou apoio social que decorrem de uma avaliação conjunta que visa um processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo que pretende melhorar a funcionalidade do indivíduo que se encontra em situação de dependência (ECCI, 2007).

5.2.1 População Alvo

Todos os indivíduos que se encontrem em situações de perda de autonomia, que sejam portadores de níveis de dependência ou que necessitem de intervenções de saúde e apoio social estão englobadas nestes cuidados. Pormenorizadamente referimo-nos a pessoas com dependência funcional, pessoas idosas que possuam critérios de fragilidade, indivíduos com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave devido a doença física, psíquica, progressiva ou perante e a pessoas que sofrem de uma doença que se encontre em fase terminal (ECCI, 2007).

Este tipo de cuidados podem ser prestados em unidades de internamento, como é exemplo as unidades de convalescença, unidades de média, reabilitação, unidades de longa duração e unidades de cuidados paliativos ou unidades de ambulatório, com a existência de equipas hospitalares, como é o caso de equipas de gestão de altas, equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos ou em equipas domiciliárias, onde

encontramos, equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (SNS, 2016).

5.3 Cuidados Paliativos e Cuidados Continuados

Atualmente os estudos realizados na população portuguesa com o tema dos cuidados paliativos e continuados são poucos no que remete para a área da Psicologia e nenhum deles integra as variáveis que foram estudadas ao longo desta investigação. Assim pretendemos contribuir para o desenvolvimento da área no âmbito dos profissionais de saúde com vista a que futuramente e se assim for necessário, sejam implementadas as mudanças corretas para que estas unidades tão importantes, funcionem da melhor maneira e que os profissionais de saúde se possam sentir bem durante o seu trabalho, de modo a proporcionar a melhor qualidade de vida aos seus utentes.

Resumindo os cuidados paliativos são considerados uma filosofia de cuidados e um sistema organizado que é estruturado para uma prestação de cuidados considerados técnicos e aptos enquanto que os cuidados continuados são definidos com um modelo de organização dos cuidados de saúde (APCP, 2016).

Este tipo de cuidados constituem um enorme desafio, pois os doentes esperam que os profissionais de saúde lhes deem uma resposta até nos momentos mais difíceis. São considerados atualmente, como um direito humano (Neto, 2003).

PARTE II – MÉTODO

Capítulo 6 - Análise de determinantes para a Incivilidade, *Empowerment* Estrutural e Saúde Mental

Ao longo deste capítulo iremos abordar a pertinência desta investigação e do seu problema, assim como os objetivos e hipóteses que remetem ao estudo em causa. Seguidamente iremos apresentar a metodologia da investigação que inclui a amostra, os instrumentos utilizados, os procedimentos que foram efetuados e a análise estatística referente aos dados recolhidos.

6.1 Pertinência da Investigação e Definição do Problema

Em Portugal a área dos cuidados paliativos e dos cuidados continuados tem vindo a aumentar nos últimos anos, devido ao envelhecimento da população portuguesa, conforme é comprovado em um estudo recente do Instituto Nacional de Estatística (INE), onde é referido que dentro dos próximos 60 anos quase metade da população portuguesa terá mais de 65 anos (Geographic, 2018). Se este fator já é só por si preocupante consideramos que seria de igual modo importante estudar os profissionais de saúde que estão inseridos nestas unidades e de que modo variáveis como a incivilidade, o *empowerment* estrutural e a saúde mental dos mesmos se encontra atualmente e como estas podem ser influenciadas umas pelas outras.

Existe uma lacuna na literatura portuguesa no que remete para a incivilidade no trabalho em Portugal. As investigações realizadas neste âmbito estão inseridas no mesmo projeto que esta investigação que foi desenvolvido em 2013 e é designado por “Promoção da qualidade das relações interpessoais, da saúde e do bem-estar dos Profissionais de Saúde”, no centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP-UAL) em conjunto com investigadores da Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias.

Desta forma, a investigação em causa tem como principal objetivo analisar se a incivilidade medeia a relação negativa entre o *empowerment* estrutural e a saúde mental nos profissionais de saúde em cuidados paliativos e continuados.

6.2 Objetivos da Investigação

A presente investigação tem como objetivo geral o estudo da incivilidade, do *empowerment* estrutural e da saúde mental dos profissionais que se encontram atualmente a trabalhar nos cuidados paliativos e continuados. Com o desenvolvimento deste estudo, pretende-se, analisar se o *empowerment* estrutural afeta positivamente a saúde mental dos profissionais de saúde dos cuidados paliativos e continuados, assim como estudar se a incivilidade afeta negativamente a saúde mental dos profissionais de saúde dos cuidados paliativos e continuados, observar se o *empowerment* estrutural está negativamente associado à incivilidade dos profissionais de saúde dos cuidados paliativos e continuados, e por fim avaliar se a incivilidade medeia a relação negativa entre o *empowerment* estrutural e a saúde mental.

6.3 Metodologia e Pergunta de Investigação

Esta investigação enquadrasse no paradigma associativo, quantitativo, uma vez que pretende a compreensão de fenómenos com base na análise de informação não estruturada, ou seja os questionários recolhidos ao longo da investigação (Sales, 2010). Foi realizada a partir de questionários estruturados e de um estudo transversal que pretende ficar a conhecer se a incivilidade, o *empowerment* estrutural e a saúde mental se influenciam entre si nos profissionais de saúde dos cuidados paliativos e dos cuidados continuados.

Este estudo, pretende responder à seguinte pergunta de investigação:

- Será que a incivilidade está negativamente associada ao *empowerment* estrutural e á saúde mental mediando a influência positiva destas duas últimas variáveis?

6.4 Hipóteses e Modelo de investigação

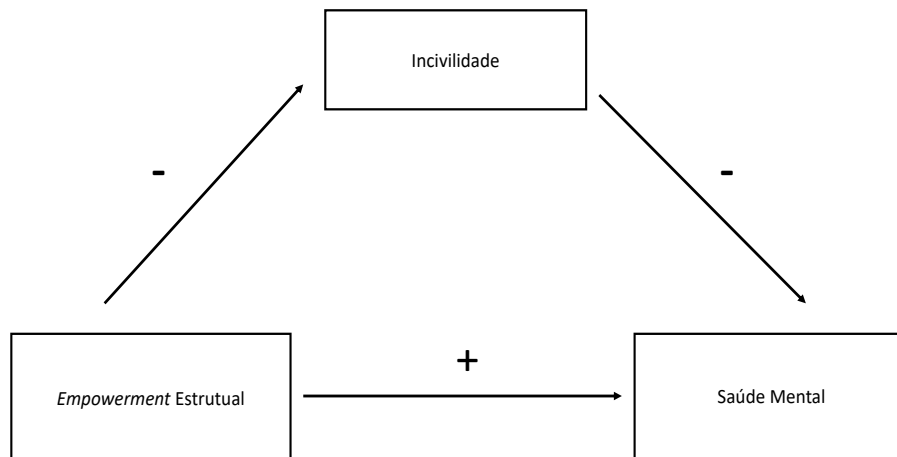


Figura 1 - Modelo de Investigação

Inerente ao modelo de investigação apresentado estão associadas quatro hipóteses:

H1: O *empowerment* estrutural afeta positivamente a saúde mental dos profissionais de saúde dos cuidados paliativos e continuados

H2: A incivilidade afeta negativamente a saúde mental dos profissionais de saúde dos cuidados paliativos e continuados;

H3: O *empowerment* estrutural está negativamente associado à incivilidade dos profissionais de saúde dos cuidados paliativos e continuados;

H4: A incivilidade medeia a relação negativa entre o *empowerment* estrutural e a saúde mental.

Capítulo 7 – Metodologia

7.1 Amostra

Colaboraram na investigação um total de 209 sujeitos. A média de idades era de 37.6 anos (DP = 10.9 anos), variando entre um mínimo de 20 anos e um máximo de 65 anos. A antiguidade média na instituição era de 11.5 anos. A maioria era do género feminino (80.9%), casada (40.3%), sem filhos (40.6%), licenciada (60.1%) e com a profissão de enfermeira (45.9%). Em termos laborais, 59.5% tinha um contrato sem termo, um horário de trabalho por turnos (54.7%) e auferia entre 500 a 1000 euros mensais (62.9%). Uma percentagem de 73.1% indica que se tivesse oportunidade de mudar da unidade onde trabalha, mantendo-se no mesmo hospital, não o faria, e 82.6% não mudaria de profissão.

Tabela 2 - Caracterização Amostra (N = 209)

	N	%
<i>Género</i>		
Feminino	165	80.9
Masculino	39	19.1
<i>Idade (M; DP)</i>	37.62	10.93
<i>Antiguidade na instituição (M; DP)</i>	11.52	9.21
<i>Antiguidade Hospital (M; DP)</i>	8.16	7.28
<i>Antiguidade Serviço (M; DP)</i>	5.09	4.78
<i>Estado civil</i>		
Solteiro/a	78	38.8
Casado/a	81	40.3
União de facto	23	11.4
Separado/a	3	1.5
Divorciado/a	12	6.0
Viúvo/a	4	2.0
<i>Nr de filhos</i>		
0	63	40.6
1	39	25.2
2	46	29.7
3 ou mais	7	4.4
<i>Escolaridade</i>		
Ens. obrigatório	17	8.8
Secundário	30	15.6
Licenciatura	116	60.1
Mestrado	27	14.0
Doutoramento	3	1.6
<i>Profissão</i>		
Enfermeiro	96	45.9
Médico	11	5.3
Psicólogo	10	4.8
Administrativo	1	.5
A social	8	3.8

Auxiliar de Saude	48	23.0
Outro	29	13.9
<i>Vínculo laboral</i>		
Contrato sem termo (quadro)	113	59.5
Contrato com termo	28	14.7
Contrato de prestação de serviços	49	25.8
<i>Horário trabalho</i>		
Fixo	70	34.8
Rotativo	110	54.7
<i>Remuneração</i>		
501,00 - 1000,00	118	62.8
1001,00 - 1500,00	58	30.9
1501,00 - 2000,00	5	2.7
2001,00 - 2500,00	6	3.2
> 2501,00	1	.5

Esta amostra foi recolhida junto de 17 instituições diferentes. Recolhemos a nossa amostra no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Oeste Norte contando com a participação total de 6 participantes, no Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus Idanha e Belas, correspondendo o seu total a 24 respondentes, na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Oeiras (ECSCP Oeiras) onde toda a equipa participou contabilizando mais sete participantes, no Hospital D. Manuel de Aguiar com 18 respondentes, no Hospital da Confraria da Nossa Senhora da Nazaré com 24 intervenientes, no Hospital do Mar contabilizando nove participantes, no Hospital do Espírito Santo Évora na equipa de cuidados paliativos integrando cinco intervenientes, junto do Hospital Fernando Fonseca com cinco respondentes, no Hospital Misericórdia da Mealhada com um total de 33 participantes, no Hospital Nossa Senhora da Arrábida com 17 respondentes, no Hospital Nossa Senhora da Assunção onde tivemos 26 participantes, no Hospital Vaz Monteiro contabilizando 17 respondentes, e nas Santas Casa da Misericórdia de Faro, Amadora e Santarém com um total de 15 participantes.

Deste modo, a nossa investigação contabilizou um total de oito distritos, Guarda, Leiria, Santarém, Portalegre, Lisboa, Setúbal, Évora e Faro.

7.2 Instrumentos

Na folha de rosto entregue aos participantes desta investigação podia-se encontrar uma breve descrição deste estudo com o seu objetivo e onde era assegurada a sua confidencialidade bem como o anonimato das respostas que fossem dadas. Fornecemos os contactos eletrónicos dos investigadores principais responsáveis pela investigação caso fosse necessário algum esclarecimento e agradecemos a sua participação na investigação. (Anexo A)

De seguida, poderiam encontrar o *Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II* (CWEQ-II; Laschinger, Finegan, Shamian, & Wilk, 2001), adaptado para a população portuguesa por Orgambidez-Ramos, Gonçalves, Santos, Borrego-Alés e Mendoza-Sierra (2015). (Anexo B)

Posteriormente encontrava-se o *Mental Health Inventory*, (Ribeiro, 2001), versão reduzida e adaptada para a população portuguesa, MHI-5. (Anexo C)

Seguidamente os participantes respondiam à versão portuguesa da *Straightforward Incivility Scale* (Leiter & Day, 2013), ou seja, a Escala Simples de Incivilidade no Trabalho (ESIT). (Anexo D) Os instrumentos da nossa investigação são dessa forma encerrados com um questionário de dados sociodemográficos, que permite a caracterização da nossa amostra. (Anexo E)

7.2.1 Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II (CWEQ-II)

Esta escala é a responsável pelo estudo do empowerment estrutural. Utilizamos a versão portuguesa do *Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II* (CWEQ-II; Laschinger *et al.*, 2001), adaptado por Orgambidez-Ramos, Gonçalves, Borrego-Alés e Mendoza-Sierra (2015). A CWEQ-II é constituída por 12 itens, sendo a sua escala de resposta de cinco pontos, variando de 1 (*nenhum*) a 5 (*muito*). Os valores das escalas variam de 1 a 5, para um valor total entre 6 e 30 (o valor é obtido somando as médias das seis dimensões), ou seja, os valores mais altos são preditivos de maior *empowerment*.

A CWEQ-II é composta por quatro dimensões (oportunidades, informação, apoio e recursos) cada uma constituída por três itens. A cotação é realizada a partir da média de cada subescala, ou seja, é o somatório do score de cada item q dividir pelo número de itens que cada subescala tem.

De modo a apresentar a fiabilidade da escala, apresentam-se os alfas de Cronbach. Os coeficientes de alfa de Cronbach foram de .85 para a subescala da oportunidade, de .91 para a subescala de informações, de .89 para a subescala de suporte, de .70 para a subescala de recursos e de .85 para o CWEQ-II a nível global.

Os coeficientes médios de correlação dos itens foram de .52 enquanto os valores correspondentes da oportunidade, informação, suporte e recursos foram .44, .62, .64 e .38 respetivamente. Estes valores encontram-se dentro do intervalo recomendável e aceitável para as escalas multifatoriais. (Anexo B)

7.2.2 Mental Health Inventory (MHI-5)

Para o estudo da saúde mental nos profissionais de saúde dos CP e CC utilizamos a versão reduzida e adaptada à população portuguesa do *Mental Health Inventory* (MHI-5). É uma versão considerada rápida e que pode ser utilizada

isoladamente, como teste de rastreio, ou incluída em outras escalas. Esta versão inclui os itens 11, 17, 19, 27 e 39 do questionário original, sendo três deles pertencentes à escala do *Distress* e os outros dois à escala do Bem-Estar Positivo. Os cinco itens desta versão reduzida representam quatro dimensões de saúde mental, (ansiedade, depressão, perda de controlo emocional e comportamental e o bem-estar psicológico) (ribeiro, 2001).

Os cinco itens acima indicados, na versão original da escala apresentam uma correlação de $r = 0.95$ e de $r = 0.92$ (versão dos 38 itens), com a adaptação portuguesa existe uma correlação de $r = 0.95$ entre o MHI-5 e a versão original de 38 itens (Ribeiro J. L., 2001). (Anexo C)

7.2.3 Escala Simples de Incivilidade no Trabalho (ESIT)

Para o estudo da incivilidade nos profissionais de saúde utilizamos a versão adaptada à população portuguesa da *Straightforward Incivility Scale* (Leiter & Day, 2013), Escala Simples de Incivilidade no Trabalho (ESIT). A ESIT é formada por 25 itens com uma escala de resposta variando de 0 (*nunca*) a 6 (*mais do que uma vez por dia*) e apresenta cinco subescalas (incivilidade clientes, incivilidade pares, incivilidade supervisores, incivilidade subordinados e à incivilidade instigada) (Nitzsche, 2015).

A correlação média entre itens da mesma subescala e as correlações item – total corrigidas são todas iguais ou superiores aos critérios mínimos de .30 e .51, respetivamente e cada subescala apresenta um valor de consistência interna superior a $\alpha = .70$ (Nitzsche, 2015). A subescala incivilidade de clientes apresenta um alfa de Cronbach de .91, a incivilidade de pares um alfa de Cronbach de .86, a incivilidade de supervisores apresenta um alfa de Cronbach de .88, a incivilidade de subordinados um alfa de Cronbach de .86 e por último

a incivilidade instigada apresenta um alfa de Cronbach de .79 (Nitzsche, 2015). (Anexo D)

7.2.4 Dados Sociodemográficos

A nossa investigação apresenta um questionário de dados sociodemográficos onde é perguntado o sexo do participante, a sua idade, estado civil, número de filhos, categoria profissional, formação académica, formação de desenvolvimento profissional, a instituição a que pertence, a antiguidade em anos na profissão, no serviço e na instituição, a natureza do vínculo de trabalho que possui, o seu horário de trabalho, a sua remuneração mensal líquida, o âmbito do desempenho de funções, a sua área de residência e quanto tempo demora até à instituição onde trabalha e por fim se tem intenção de mudar a unidade onde trabalha, a instituição onde trabalha ou a sua profissão. Estes dados são necessários para caracterizar a amostra do nosso estudo e perceber se existem diferenças significativas em alguns destes dados. (Anexo E)

7.3 Procedimento

Começamos por apresentar um projeto inicial à Comissão de Ética e Científica da Universidade Autónoma de Lisboa. Após o parecer positivo das mesmas, iniciamos o contacto com as instituições onde gostaríamos de implementar o nosso estudo. Esse contacto foi realizado primeiramente via correio eletrónico e posteriormente telefonicamente onde se agendaram reuniões presenciais.

A recolha de dados ocorreu entre Março de 2018 e Janeiro de 2019 de norte a sul de Portugal, após o contacto e apresentação do projeto e dos seus objetivos e consequente aprovação das administrações das instituições onde o mesmo foi implantado. Primeiramente a amostra seria recolhida na região de Lisboa, contudo devido às dificuldades nas autorizações e na participação de um número adequado de respondentes

fomos obrigadas a alargar a nossa recolha para o resto do país e durante um período de tempo maior do que o que foi inicialmente desejado.

As respostas aos questionários foram realizadas de forma voluntária e com um consentimento informado (Anexo F), de forma a assegurar a qualquer momento a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos e posteriormente no tratamento dos mesmos. Estas informações estavam presentes na folha de rosto acima referida.

A recolha de dados foi realizada presencialmente, sendo deixado junto do responsável de equipa um envelope selado com a quantidade indicada previamente de questionários em papel e de consentimentos informados, para os membros da equipa daquela unidade CP e CC e recolhidos cerca de uma ou duas semanas depois conforme combinado com o responsável. Este mesmo responsável ficava com o nosso contacto telefónico pessoal com o intuito de podermos esclarecer qualquer questão referida à investigação que pudesse surgir de uma forma mais clara e objetiva.

7.3.1 Procedimentos de Análise de Dados

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva, como frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão, assim como estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$.

Foi Utilizado o coeficiente de Consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação de Pearson, o teste t de Student para uma amostra, a Manova repeated measures e a análise de Mediação.

Esta análise estatística foi efetuada com o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25.0 para Windows e com o Software AMOS.

PARTE III – RESULTADOS

Capítulo 8 - Estatística Descritiva

8.1 Escala Simples de Incivilidade no Trabalho (ESIT)

Tabela 3 - Escala Simples de Incivilidade no Trabalho (ESIT)

	0	1	2	3	4	5	6	M	DP
No último mês com que frequência os seus supervisores se comportaram das seguintes formas? Ignoraram-no/a	65,4	14,4	3,8	9,1	3,8	1,9	1,4	,83	1,43
No último mês com que frequência os seus supervisores se comportaram das seguintes formas? Excluíram-no/a	72,6	11,1	6,3	5,8	1,9	1,4	1,0	,62	1,23
No último mês com que frequência os seus supervisores se comportaram das seguintes formas? Falaram-lhe rudemente	77,4	11,1	3,8	2,9	1,4	2,4	1,0	,51	1,20
No último mês com que frequência os seus supervisores se comportaram das seguintes formas? Comportaram-se rudemente consigo	76,0	11,1	5,8	2,9	1,4	1,4	1,4	,53	1,20
No último mês com que frequência os seus supervisores se comportaram das seguintes formas? Comportaram-se sem consideração por si	74,0	11,5	5,3	4,8	1,0	1,9	1,4	,59	1,26
No último mês com que frequência os seus colegas/outros profissionais da equipa de saúde se comportaram das seguintes formas? Ignoraram-no/a	64,4	22,1	2,9	7,2	1,4	1,4	0,5	,65	1,15

No último mês com que frequência os seus colegas/outros profissionais da equipa de saúde se comportaram das seguintes formas? Excluíram-no/a	68,8	19,2	4,8	4,3	1,0	1,0	1,0	,56	1,10
No último mês com que frequência os seus colegas/outros profissionais da equipa de saúde se comportaram das seguintes formas? Falaram-lhe rudemente	69,3	19,0	4,9	3,9	1,5	1,5	0,0	,54	1,03
No último mês com que frequência os seus colegas/outros profissionais da equipa de saúde se comportaram das seguintes formas? Comportaram-se rudemente consigo	66,3	19,7	5,3	6,3	1,0	0,5	1,0	,61	1,11
No último mês com que frequência os seus colegas/outros profissionais da equipa de saúde se comportaram das seguintes formas? Comportaram-se sem consideração por si	68,6	20,8	5,3	2,4	1,4	1,0	0,5	,52	1,01
No último mês com que frequência os seus subordinados (a quem delega tarefas) se comportaram das seguintes formas? Ignoraram-no/a	73,5	11,7	6,1	5,6	1,5	0,5	1,0	,56	1,14
No último mês com que frequência os seus subordinados (a quem delega tarefas) se comportaram das seguintes formas? Excluíram-no/a	81,5	9,2	4,1	2,6	2,1	0,5	0,0	,36	,90

No último mês com que frequência os seus subordinados (a quem delega tarefas) se comportaram das seguintes formas? Falaram-lhe rudemente	77,9	13,8	1,5	3,6	2,1	0,0	1,0	,42	1,02
No último mês com que frequência os seus subordinados (a quem delega tarefas) se comportaram das seguintes formas? Comportaram-se rudemente consigo	74,9	13,8	4,1	3,6	2,1	0,5	1,0	,50	1,10
No último mês com que frequência os seus subordinados (a quem delega tarefas) se comportaram das seguintes formas? Comportaram-se sem consideração por si	76,8	10,8	5,7	2,6	2,1	0,5	1,5	,50	1,16
No último mês com que frequência os seus utentes/clientes se comportaram das seguintes formas? Ignoraram-no/a	74,4	14,0	6,3	3,4	1,4	0,0	0,5	,45	,95
No último mês com que frequência os seus utentes/clientes se comportaram das seguintes formas? Excluíram-no/a	82,5	11,7	1,5	1,9	1,5	0,5	0,5	,32	,88
No último mês com que frequência os seus utentes/clientes se comportaram das seguintes formas? Falaram-lhe rudemente	60,9	23,7	7,2	6,8	1,0	0,0	0,5	,65	1,02
No último mês com que frequência os seus utentes/clientes se comportaram das seguintes formas? Comportaram-se rudemente consigo	64,4	20,7	6,3	5,8	1,9	0,0	1,0	,64	1,11

No último mês com que frequência os seus utentes/clientes se comportaram das seguintes formas? Comportaram-se sem consideração por si	69,2	18,3	6,3	5,3	0,5	0,0	0,5	,51	,95
No último mês quantas vezes você já se comportou das seguintes formas em relação a outras pessoas no trabalho? Ignorou alguém	69,7	18,3	3,4	2,4	2,4	2,4	1,4	,63	1,29
No último mês quantas vezes você já se comportou das seguintes formas em relação a outras pessoas no trabalho? Excluiu alguém	84,1	10,6	1,4	1,0	0,0	1,4	1,4	,32	1,02
No último mês quantas vezes você já se comportou das seguintes formas em relação a outras pessoas no trabalho? Falou rudemente com alguém	74,0	19,2	3,4	1,9	0,0	1,0	0,5	,39	,87
No último mês quantas vezes você já se comportou das seguintes formas em relação a outras pessoas no trabalho? Comportou-se rudemente com alguém	71,0	19,3	4,8	2,4	1,0	0,5	1,0	,48	1,00
No último mês quantas vezes você já se comportou das seguintes formas em relação a outras pessoas no trabalho? Comportou-se sem consideração por alguém	86,5	7,7	1,9	1,0	1,4	0,5	1,0	,28	,93

Legenda: 0 - Nunca 1 – Algumas vezes por mês ou menos 2 – Uma vez por mês ou menos 3 – Algumas vezes por semana 4 - A maior parte dos dias 5 – Diariamente 6 - Mais do que uma vez por dia

Na tabela 3 é possível aferir as respostas dos sujeitos às questões da escala de Incivilidade no Trabalho. Aqui é apresentado as frequências relativas, a média dos itens e respectivos desvios padrão. Em cinza claro evidenciamos as respostas mais frequentes (Moda). Assim, a afirmação com a média mais elevada foi *frequência que os seus supervisores o Ignoraram-no* (0.83).

Tabela 4 - Estatísticas descritivas (ESIT)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Alfa Cronbach
Supervisores	0	6	0,61	1,14	.943
Pares	0	6	0,56	0,95	.945
Subordinados	0	6	0,47	1,00	.966
Clientes	0	6	0,51	0,87	.930
Instigada	0	6	0,42	0,89	.911

Todas as médias das dimensões da Incivilidade são significativamente abaixo do ponto médio da escala – 3, algumas vezes por semana - ($p \leq .001$). As diferenças de médias entre as dimensões Incivilidade dos Supervisores e Incivilidade Subordinados ($p = .011$), Incivilidade Supervisores e Incivilidade instigada ($p = .003$), Incivilidade dos Pares e Incivilidade instigada ($p = .003$) são estatisticamente significativas. A consistência interna, avaliado com o coeficiente Alfa de Cronbach foi superior a .90 (excelente). A categorização do valor do Alfa segue o publicado em Hill (2005).

8.2 Mental Health Inventory

Tabela 5 - Mental Health Inventory (MHI-5)

	1	2	3	4	5	M	DP
Quanto tempo nas últimas 4 semanas se sentiu muito ansioso/a?	1,9	11,1	36,7	37,2	13,0	3,48	,92
Quanto tempo nas últimas 4 semanas se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1,0	4,8	17,9	31,9	44,4	4,14	,94
Quanto tempo nas últimas 4 semanas se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	7,3	45,4	26,8	17,1	3,4	2,64	,96
Quanto tempo nas últimas 4 semanas se sentiu deprimido/a?	1,0	4,9	18,1	31,9	44,1	4,13	,95
Quanto tempo nas últimas 4 semanas se sentiu feliz?	9,2	45,4	30,4	10,6	4,3	2,56	,95

Legenda: 1 - Sempre 2 – A maior parte do tempo 3 – Algum tempo 4 – Pouco tempo 5 Nunca

As afirmações com as médias mais elevadas foram: *Quanto tempo nas últimas 4 semanas se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava* (4.14%) e: *Quanto tempo nas últimas 4 semanas se sentiu deprimido/a?* (4.13%).

Tabela 6 - Estatísticas descritivas

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Alfa Cronbach
MHI-5	2,00	5,00	3,39	,40	.847

A média obtida no MHI-5 foi 3.39 e o valor do coeficiente de consistência de .847 (bom). A média obtida é significativamente acima do ponto médio da escala ($p \leq .001$).

8.3 Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II (CWEQ-II)

Tabela 7 - Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II (CWEQ-II)

	1	2	3	4	5	M	DP
Trabalho desafiante	1,9	2,9	24,6	41,5	29,0	3,9	,91
A possibilidade para desenvolver novas competências e conhecimentos	1,4	2,9	24,6	46,9	24,2	3,8	,85
Tarefas que usam todas as suas próprias competências e conhecimentos	0,5	2,9	29,3	43,4	23,9	3,8	,82
Estado atual da instituição	7,2	15,3	37,3	31,1	9,1	3,2	1,0
Os valores da gestão de topo	10,6	16,3	37,0	26,9	9,1	3,0	1,1
Os objetivos da gestão de topo	7,7	17,4	37,7	28,0	9,2	3,1	1,0
Informações específicas sobre coisas que faz bem	9,1	11,5	40,2	31,1	8,1	3,1	1,0
Comentários específicos sobre aspetos que poderia melhorar	5,3	11,6	42,0	30,0	11,1	3,3	,99
Dicas úteis e conselhos de resolução de problemas	4,3	12,0	37,5	33,7	12,5	3,3	1,0
Tempo disponível para tratar / organizar os papéis	5,8	30,4	41,1	19,3	3,4	2,8	,92
Tempo disponível para cumprir exigências de trabalho	2,4	17,9	51,2	23,2	5,3	3,1	,84

Ajuda temporária quando necessária	9,2	15,0	42,0	27,1	6,8	3,0	1,0
						7	3

Legenda: 1 - Nenhum 2 – Um pouco 3 – Algum 4 – Moderado 5 – Muito

As afirmações com as médias mais elevadas na escala *Empowerment Estrutural* foram: *Trabalho desafiante* (3.93) e *A possibilidade para desenvolver novas competências e conhecimentos* (3.89).

Tabela 8 - Estatísticas descritivas (ECWQ-II)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Alfa Cronbach
Oportunidades	1,00	5,00	3,89	,72	.777
Informação relativa	1,00	5,00	3,14	,98	.903
Informações	1,00	5,00	3,29	,92	.896
Recursos	1,00	5,00	3,01	,83	.868

A média mais elevada foi obtida na dimensão Oportunidades (3.89) e a mais baixa na dimensão Recursos (3.01). Com exceção da dimensão Oportunidades, as médias são significativamente abaixo do ponto médio da escala ($p \leq .05$). Com exceção das diferenças entre as dimensões Informação relativa e Informações ($p = .111$) e Informação relativa e Recursos ($p = .292$), todas as restantes diferenças são estatisticamente significativas ($p \leq .001$).

8.4 Resultados do Modelo de Mediação

Hipótese 1: O *empowerment* estrutural afeta positivamente a saúde mental dos profissionais de saúde dos cuidados paliativos e continuados

Tabela 9 - Correlações *CWEQ-II* e *MHI-5*

	Saúde Mental
Oportunidades	,088
Informacao	,023
Apoio	,050
Recursos	,130*

* $p < .10$

A correlação mais elevada ocorre entre as dimensões Recursos e a Saúde mental ($r = .130$). O coeficiente é positivo, muito fraco e marginalmente significativo. Isto sugere que quanto mais elevado é o *empowerment* relacionado com os recursos melhor é a saúde mental dos profissionais de saúde dos cuidados paliativos e continuados. Confirma-se, assim, parcialmente a hipótese enunciada.

Hipótese 2: A incivilidade afeta negativamente a saúde mental dos profissionais de saúde dos cuidados paliativos e continuados;

Tabela 10 - Incivilidade e Saúde Mental

	Saúde Mental
Supervisores	-,110
Pares	-,099

Subordinados	,000
Clientes	,027
Instigada	-,029

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Os coeficientes de correlação não são significativos. A correlação mais elevada ocorre entre as dimensões Incivilidade dos supervisores e Saúde Mental ($r = -.110$). Três dos cinco coeficientes de correlação são negativos e muito fracos. Não se confirma a hipótese enunciada.

Hipótese 3: O *empowerment* estrutural está negativamente associado à incivilidade dos profissionais de saúde dos cuidados paliativos e continuados.

Tabela 11 - *Empowerment* e Incivilidade

	Oportunidad es	Informaca o	Apoio	Recursos
Supervisores	-,017	-,120	-,071	-,225**
Pares	-,055	,010	-,005	-,121
Subordinados	,016	,053	,034	-,051
Clientes	-,120	-,035	-,021	-,095
Instigada	-,057	,006	-,055	-,082

* $p < .001$

Apenas o coeficiente de correlação entre as dimensões da incivilidade dos Supervisores e a Dimensão do *Empowerment* Recursos é estatisticamente significativa e negativa embora fraco ($r = -.225$). Os restantes coeficientes de correlação embora negativos não são significativos. Confirma-se, assim, parcialmente a hipótese enunciada.

Hipótese 4: a incivilidade medeia a relação negativa entre o *empowerment* estrutural e a saúde mental.

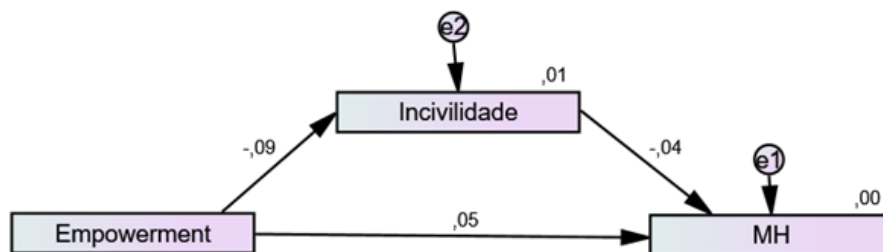


Figura 2 - Mediação

O efeito direto do *Empowerment* sobre a Saúde Mental é de $.044$ e não significativo ($p = .480$). O efeito indireto do *Empowerment* sobre a Saúde Mental é de $.004$ e não significativo ($p = .557$). Não se confirma a hipótese enunciada.

PARTE IV – DISCUSSÃO

Capítulo 9 - Discussão dos Resultados

Após o tratamento da análise estatística, a apresentação dos resultados obtidos foi feita no capítulo anterior. Concluindo que apenas algumas das hipóteses propostas foram parcialmente validadas, teremos de nos apoiar na literatura para chegar a algumas conclusões.

Segundo os resultados do nosso estudo o *empowerment* estrutural, dimensão recursos, afeta positivamente a saúde mental, ou seja, quanto mais *empowerment* recursos existir melhor é a saúde mental dos profissionais. Este resultado é apoiado pela literatura. De acordo com Laschinger (2004), o *empowerment* estrutural influencia todos os comportamentos que são adotados em uma organização, desde que os seus colaboradores tenham acesso a informação, apoio, recursos e oportunidades. Os recursos permitem que os trabalhadores tenham acesso aos materiais, financiamento e requisitos que considerem necessários para alcançar os objetivos que lhe são propostos, dinamizando mais o seu próprio trabalho e mantendo a motivação no dia a dia. Assim, existindo uma maior motivação a saúde mental do trabalhador vai também ser influenciada positivamente (Gouveia, 2013).

Os resultados adquiridos com a nossa investigação não demonstram valores significativos nas restantes dimensões do *empowerment* estrutural, na amostra utilizada. Segundo os nossos dados, as restantes médias obtidas não apresentam valores significativos, ou seja, encontram-se abaixo do ponto médio da escala, dessa forma podemos dizer, que com base nos dados obtidos, o *empowerment* estrutural não se encontra positivamente associado à saúde mental dos profissionais de saúde em cuidados paliativos e continuados, nas dimensões de oportunidades, informação relativa e informações.

Estudos efetuados por Bakker, Demerouti e Euwema (2005) e por Bakker, Demerouti e Verbeke (2004) também vão de encontro à nossa hipótese, reforçando a

importância dos fatores do *empowerment* estrutural nos locais de trabalho designados como saudáveis (Kelloway & Day, 2005).

A segunda hipótese da nossa investigação não foi confirmada, tendo em conta os dados recolhidos. Tentamos defender que a incivilidade afeta negativamente a saúde mental, todavia apesar de existir um valor de incivilidade supervisores alto não é o suficiente para validar a hipótese em causa. Apesar de na investigação de Lim, Cortina e Magley (2008) a incivilidade de supervisores afetar negativamente a saúde mental nesta investigação esse facto não foi comprovado.

Na nossa opinião esta situação ocorre por os resultados poderem estar enviesados pelo receio de sofrer represálias por parte dos inquiridos, sendo que os questionários respondidos teriam de ser entregues ao responsável de equipa para posteriormente serem entregues aos investigadores responsáveis pela investigação em causa. Apesar dos questionários serem completamente anónimos e confidenciais ao utilizar-se este método pode causar insegurança aos inquiridos. Optamos por este método por ser a “pessoa de ligação” entre os elementos externos (investigadores) e os elementos internos (profissionais da instituição), todavia foi referido que os questionários seriam colocados numa caixa em um ambiente neutro e entregue da mesma forma, de maneira a que não identificasse o participante.

Podemos também atribuir este resultado por os inquiridos que se encontram a mais tempo no serviço ou na instituição representarem uma percentagem muito baixa quando comparados ao total da amostra, dessa forma, existe a possibilidade de dizer que sendo os profissionais novos na instituição ou no serviço que estão a realizar ainda não estão suficientemente influenciados pelo ambiente negativo que possa existir na sua profissão e dessa forma a sua saúde mental, de momento, não está relacionada com comportamentos mais abusivos que possam existir.

Na terceira hipótese do nosso estudo, (relação negativa entre o *empowerment* estrutural e a incivildade) os dados confirmaram parcialmente a mesma, ou seja, o *empowerment* estrutural, dimensão recursos, está negativamente associado à incivildade supervisores nos profissionais de saúde em cuidados paliativos e continuados.

Conforme explicado anteriormente, a dimensão recursos está associada a fatores positivos para a organização, quando estes existem, que permitem que os seus profissionais contenham mais materiais para exercer o seu trabalho da melhor forma, criando um melhor ambiente de trabalho e consequentemente menos custos à empresa, uma vez que o trabalho é realizado em um bom ambiente e com os materiais necessários. Dessa forma, quanto mais recursos existir em uma organização melhor será o seu ambiente de trabalho, mais atitudes e comportamentos positivos e de ajuda existir\ao entre os seus funcionários e consequentemente menos incivildade estará presente na mesma.

Como foi estudado ao longo da nossa investigação a incivildade está relacionada com os maus comportamentos de baixa intensidade no ambiente de trabalho (Oliveira, et al., 2016). Quando o *empowerment* dimensão recursos é baixo, ou seja, quando os trabalhadores não têm acesso aos recursos que consideram ser os suficientes para elaborar o seu trabalho começa a existir sentimentos de stress, *burnout* e ansiedade que motiva o descontentamento dos profissionais face ao ambiente da organização onde se encontram, provocando custos à organização pelo incumprimento do seu trabalho e por atitudes menos respeitadas para com os seus colegas e supervisores.

Na última hipótese da nossa investigação, responsável pela mediação negativa da incivildade com o *empowerment* estrutural e a saúde mental, os dados que foram recolhidos não foram significativos, dessa forma, não foi possível comprovar a hipótese anunciada. Tendo em conta que as restantes hipóteses do estudo foram comprovadas apenas significativamente e com resultados considerados baixos quando se juntam as três

variáveis os dados recolhidos não são o suficiente para comprovar a mediação negativa da incivilidade com as restantes variáveis em estudo. Consideramos que este fator se deve ao facto do *empowerment* estrutural dimensão recursos apresentar valores mais elevados que as outras dimensões o que consequentemente desenvolve trabalhadores mais motivados e eficazes e um ambiente de trabalho mais positivo. Existindo este ambiente de trabalho mais positivo a saúde mental dos trabalhadores também será melhor e assim a incivilidade será mais pequena.

O estudo anunciado na fundamentação teórica de Wing, Regan e Laschinger (2015) apresenta a incivilidade com um papel de mediador entre o *empowerment* estrutural e a saúde mental nos enfermeiros jovens, defendendo que as organizações com acesso a oportunidades, apoio, informação e recursos desenvolvem trabalhadores mais motivados e eficazes e desenvolvendo ambientes que promovem. Saúde mental dos seus trabalhadores, todavia com a existência da incivilidade, esta foi afetar negativamente a saúde mental dos mesmos e consequentemente o ambiente de trabalho.

9.1 Limitações do estudo

Várias questões específicas da nossa amostra e método podem ter contribuído para os resultados obtidos. Assim como não se conseguir encontrar outros estudos com estas variáveis na população portuguesa o que nos deixa sem resultados que se possam comparar com os obtidos nesta investigação.

Sendo uma investigação pioneira foi difícil encontrar o procedimento mais adequado para a recolha dos dados e de forma a garantir que as informações e explicações dos instrumentos eram fornecidas da melhor forma. Foi necessário encontrar um equilíbrio entre o difícil período que está atualmente a acontecer na área da saúde (principalmente as greves por parte dos profissionais) e conseguir que as equipas estivessem disponíveis para participar na investigação, dessa forma optamos por deixar os questionários com o chefe de equipa de cada instituição. Todavia esta opção pode ser

uma das responsáveis pelos resultados da nossa investigação serem o oposto da literatura, dessa forma, futuramente será melhor repensar o procedimento de recolha de dados.

A nossa amostra é constituída por vários grupos profissionais, embora a classe profissional dos enfermeiros se destaque das restantes, todavia acreditamos que a realidade dos vários grupos sociais presentes nesta investigação sejam diferentes devido à formação, às tarefas desempenhadas no dia a dia e às responsabilidades que o seu trabalho apresenta, por exemplo, um administrativo possui uma responsabilidade substancialmente menor que um médico ou enfermeiro, bem como formação diferente. Dessa forma, numa investigação futura talvez seja melhor seleccionar os grupos de trabalho com a finalidade de retirar informação mais clara e objetiva.

9.2 Pontos fortes do estudo

Tendo por base o nosso conhecimento e servindo de apoio a literatura portuguesa podemos dizer que este é o primeiro estudo em Portugal que analisa os efeitos da incivilidade, do *empowerment* estrutural e da saúde mental nos profissionais de saúde em cuidados paliativos e continuados.

Tal como, foi referido ao longo da investigação esta área é de extrema importância em Portugal e está a desenvolver-se rapidamente, todavia existe uma lacuna considerável nos estudos efetuados sobre a mesma principalmente nível de psicologia e com categorias profissionais para além dos enfermeiros e dos médicos.

Com esta investigação contribuímos para a literatura sobre a incivilidade, o *empowerment* estrutural e a saúde mental, utilizando escalas ainda pouco utilizadas em outros estudos portugueses, como é o caso da ESIT. Chamámos à atenção para uma área que tem de ser estudada mais pormenorizadamente e com diferentes variáveis e categorias profissionais.

9.3 Sugestões para futuras investigações

Sugerimos a replicação deste estudo com a mesma amostra, mas diferenciando os cuidados paliativos e os tipos de cuidados continuados, assim como com uma amostra mais homogénea relativamente às categorias profissionais, de forma a permitir uma melhor recolha de dados e posteriormente dados suficientes para uma interpretação mais objetiva.

Sugerimos igualmente a replicação deste estudo com outras amostras, com outros setores de atividade, professores, polícias, bombeiros, por exemplo complementando com outras variáveis como *o empowerment* psicológico, a civilidade, a resiliência...

Seria de igual modo interessante a realização desta investigação com outro método de recolha de dados, com a finalidade de descobrir se os participantes ao terem conhecimento que os inquéritos são entregues diretamente ao investigador sem passar pelo seu superior apresentam respostas diferentes das obtidas no presente estudo.

Em alguma literatura pudemos verificar que existem autores que consideram que a antiguidade no serviço é um fator determinante na vida de um profissional de saúde, dessa forma sugerimos que na área dos cuidados paliativos e continuados seja elaborada uma investigação em que seja possível estudar a antiguidade no serviço e na profissão e comparar se de facto existem influencias (positivas ou negativas), na forma como os profissionais encaram o seu trabalho, os seus colegas e até a forma como a sua vida pessoal possa ser afetada.

Por fim, sugerimos também que este estudo seja replicado e até mesmo alargado para as ilhas, de forma a conseguir uma maior consistência de dados que possibilitem uma interpretação mais clara.

Capítulo 10 – Conclusão

A literatura científica desenvolvida no âmbito da Psicologia com profissionais de saúde dos cuidados paliativos e continuados é uma grande lacuna em Portugal, sendo a maioria dos estudos realizados com enfermeiros e dessa forma, não existindo investigações suficientes com outras categorias profissionais, o que, tendo em conta o crescimento desta área em Portugal é preocupante.

Com o decorrer da nossa investigação fomos percebendo que com o envelhecimento da população a procura de instituições com cuidados paliativos e continuados irá aumentar e consequentemente os profissionais de saúde terão uma carga horária mais elevada implicando maiores níveis de stress e consequentemente mudanças no seu ambiente de trabalho. Dessa forma é importante investigar esta área com as mais diversas variáveis, com o intuito de ajudar a criar melhores relações no trabalho e no dia a dia.

Os resultados desta investigação foram um pouco surpreendentes, uma vez que não revelaram relação negativa entre a incivilidade e a saúde mental e essas são duas variáveis que, segundo a literatura, mantem uma relação negativa, todavia, não existem estudos portugueses com essas duas variáveis e dessa forma é impossível comparar resultados. Em todo o caso, consideramos importante realizar uma réplica do estudo com uma amostra maior e com um método de recolha de dados diferente de forma a eliminar a hipótese de enviesamento de dados com receio de represálias por parte de um profissional de cargo superior.

Da mesma forma, os resultados não apresentaram a incivilidade como uma variável mediadora entre o *empowerment* estrutural e a saúde mental, contrariamente a estudos internacionais já realizados, todavia e em semelhança ao anteriormente constatado é a primeira vez que este estudo se realiza neste serviço em Portugal e, assim, não existem resultados que sirvam de comparação. Todavia consideramos que replicar

este estudo com uma maior amostra e diferenciando a antiguidade no serviço e na instituição poderá apresentar dados diferentes. Esta seria uma ideia inicial, contudo tendo em conta a dificuldade em conseguir participantes para a investigação em causa e posteriormente a maioria de participantes com poucos anos na instituição não tornou possível a realização desta comparação.

Tendo por base os nossos resultados, o *empowerment* estrutural dimensão recursos afeta positivamente a saúde mental dos trabalhadores. Desta forma, quando existe a possibilidade de ter todos os recursos necessários à realização do seu trabalho, os colaboradores sentem-se motivados, existe bom ambiente no trabalho e consequentemente a sua saúde mental melhora. Por outro lado, se o *empowerment* estrutural dimensão recursos apresentar um nível baixo vão existir comportamentos de incivilidade, o que vai de encontro com a outra hipótese do nosso estudo.

Se a organização não tiver os recursos que os trabalhadores consideram que são os necessários para a realização de um trabalho eficaz e ativo (*empowerment* estrutural dimensão recursos), vai despoletar sentimentos de revolta, angustia, stress e consequentemente atitudes de incivilidade face aos seus supervisores. Estes com os custos que os maus trabalhos dos trabalhadores apresentam iniciam atitudes de incivilidade para com os mesmos (incivilidade de supervisores) com o intuito, não de os prejudicar, mas sim de os motivar a realizar o seu trabalho da melhor forma. No entanto, muitos trabalhadores podem encarar estas atitudes de forma negativa, aumentando os sentimentos de stress e revolta e consequentemente a incivilidade na organização e posteriormente a sua saúde mental.

Tendo em conta os resultados obtidos, parece-nos claro que o *empowerment* estrutural dimensão recursos, foi a variável que mais contribuiu para os resultados da investigação em causa, diferenciando a sua relação com a incivilidade e com a saúde mental. Desta forma, podemos afirmar que em uma organização onde os seus

profissionais tenham acesso aos recursos que necessitam para realizar da melhor forma o seu trabalho, existirá uma saúde mental mais positiva e uma incivilidade mais baixa que nas instituições onde ocorra escassez de recursos.

Referências Bibliográficas

- Almeida, E. A., & Holanda, M. J. (2016). *ATOS DE INCIVILIDADE: UM COMPORTAMENTO CADA VEZ MAIS FREQUENTE NO AMBIENTE ESCOLAR*. Obtido de Revista Faculdade de Projeção: <http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao5/article/view/597/572>
- Andersson, L. M., & Pearson, C. M. (Julho de 1999). *Tit for Tat? The Spiraling Effect of Incivility in the Workplace*. Obtido de The Academy of Management Review: <http://www.jstor.org/stable/259136>
- APCP. (03 de Abril de 2016). *Equipas de Cuidados Paliativos*. Obtido de Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos: <https://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/equipas-de-cuidados-paliativos.html>
- Armstrong, N. (2018). *Management of Nursing Workplace Incivility in the Health Care Settings*. Obtido de Workplace Health & Safety: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1177/2165079918771106>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP). (s.d.). *FAQ - Qual a diferença entre Cuidados Paliativos e Cuidados Continuados?* Obtido de APCP: <http://www.apcp.com.pt/faq.html>
- Batista, P. C. (2016). *EMPOWERMENT E SATISFAÇÃO NO TRABALHO: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO REALIZADO COM ENFERMEIROS DA REGIÃO DO ALGARVE*. Obtido de Universidade do Algarve: Dissertações: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/10038/1/Dissertação%20Empowerment%20e%20satisfação%20no%20trabalho%20Cum%20estudo%20exploratorio%20realizado%20com%20enfermeiros%20da%20região%20do%20Algarve.pdf>

- Blau, G., & Andersson, L. (2005). *Testing a measure of instigated workplace incivility*.
Obtido de Journal of Occupational and Organizational Psychology: <https://scihub.se/https://doi.org/10.1348/096317905X26822>
- Borges, L. (09 de Setembro de 2015). *Em 2050, Portugal será o 4º país mais envelhecido do mundo*. Obtido de Jornal de Negócios:
https://www.jornaldenegocios.pt/economia/mundo/detalhe/portugal_sera_o_quarto_pais_com_populacao_mais_idosa_em_2050
- Capelas, M. L. (2009). Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde* 2 (1) , 51-57.
- (2014). *Indicadores de Qualidade Para Os Serviços De Cuidados Paliativos*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora, Unipessoal, Lda.
- (2014). Indicadores de qualidade para os serviços de cuidados paliativos. Em M. L. Capelas, *Indicadores de qualidade para os serviços de cuidados paliativos* (pp. 54-55). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- (2014). *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- (2014). *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos* . Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora, Unipessoal, Lda.
- Capelas, M. L., Coelho, S. P., Silva, S. C., & Ferreira, C. M. (2017). *Cuidar a pessoa que sofre, Uma teoria de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Capelas, M. L., Silvia Patricia Fernandes Coelho, S. C., & Torres, S. H. (2017). *O direito à dignidade, Serviços de cuidados paliativos* . Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Carvalho, s. R. (2004). *The multiple meanings os "empowerment" in the health promotion proposal*. Obtido de Scielo:

<https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102->

[311X2004000400024&script=sci_abstract](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000400024&script=sci_abstract)

Cortina, L. M., Kabat-Farr, D., Leskinen, E. A., Huerta, M., & Magley, V. J. (Setembro de 2011). *Selective Incivility as Modern Discrimination in Organizations:*

Evidence and Impact. Obtido de Journal of Management:

<https://lsa.umich.edu/psych/lilia-cortina->

[lab/Cortina%20et%20al.%20\(2011%20JOM\)%20.pdf](https://lsa.umich.edu/psych/lilia-cortina-lab/Cortina%20et%20al.%20(2011%20JOM)%20.pdf)

Delp, L., Wallace, S. P., Geiger-Brown, J., & Muntaner, C. (2010). *Job Stress and Job Satisfaction: Home Care Workers in a Consumer-Directed Model of Care.*

Obtido de Health Services Research: <https://sci->

[hub.se/https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1475-6773.2010.01112.x](https://sci-hub.se/https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1475-6773.2010.01112.x)

DGS. (22 de Novembro de 2018). *Proposta de revisão do programa nacional de cuidados paliativos*. Obtido de Direção Geral de Saúde:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=2ahUKEwir->

[vXZ85nhAhVB0RoKHS5jAYwQFjAFegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.w.dgs.pt%2Fdocumentos-em-discussao-publica%2Frevisao-do-programa-nacional-de-cuidados-paliativos-pdf.aspx&usg=AOvVaw14rMu](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=2ahUKEwir-vXZ85nhAhVB0RoKHS5jAYwQFjAFegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.w.dgs.pt%2Fdocumentos-em-discussao-publica%2Frevisao-do-programa-nacional-de-cuidados-paliativos-pdf.aspx&usg=AOvVaw14rMu)

Donovan, M. A., Drasgow, F., & Munson, L. J. (1998). *The Perceptions of Fair Interpersonal Treatment Scale: Development and Validation of a Measure of Interpersonal Treatment in the Workplace*. Obtido de Journal of Applied

Psychology: <https://sci-hub.se/10.1037/0021-9010.83.5.683>

ECCI. (Setembro de 2007). *A EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS*

INTEGRADOS Orientações para a sua constituição nos centros de saúde.

Obtido de Serviço Nacional de Saúde: [http://www2.acss.min-](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Orientações%20para%20a%20consti.pdf)

[saude.pt/Portals/0/Orientações%20para%20a%20consti.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Orientações%20para%20a%20consti.pdf)

- Elias, M. A., & Navarro, V. L. (2006). *A RELAÇÃO ENTRE O TRABALHO, A SAÚDE E AS CONDIÇÕES DE VIDA: NEGATIVIDADE E POSITIVIDADE NO TRABALHO DAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL ESCOLA*. Obtido de Sistema de Informação Científica: Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, Espanha y Portugal: <https://www.redalyc.org/html/2814/281421863008/>
- Foundation, M. H. (2013). *unum, because everyone needs a back-up plan* . Obtido em 03 de Janeiro de 2018, de MANAGING MENTAL HEALTH IN THE WORKPLACE: https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/CR00233_Ebook_dualbrand_ed_interactive.pdf
- Geographic, N. (18 de Abril de 2018). *Envelhecer em Portugal: o Estado do País*. Obtido de National Geographic: <https://www.natgeo.pt/ciencia/2018/04/envelhecer-em-portugal-o-estado-do-pais>
- Gilbert, S., & Leiter, H. K. (2010). *The mediating effect of burnout on the relationship between structural empowerment and organizational citizenship behaviours* . Obtido de Journal of Nursing Management 18: <https://scihub.se/10.1111/j.1365-2834.2010.01074.x>
- Gonçalves, E. (02 de Março de 2018). *inovação e Qualidade Organizacional no SNS. Cuidados Paliativos*. Obtido de ACSS - SNS: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/03/Edna-Goncalves_Cuidados-Paliativos_v2.pdf
- Gouveia, A. L. (2013). *Efeitos do Empowerment Estrutural nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na percepção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura*. Obtido de Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação: estudo geral Universidade de Coimbra:

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/25487/1/Tese%20de%20Mestrado%20Ana%20Lau%202013.pdf>

Grandey, A. A., Dickter, D. N., & Sin, H.-P. (2004). *The customer is not always right: customer aggression and emotion regulation of service employees*. Obtido de

Journal of Organizational Behavior: Wiley INterScience:

<http://homepages.se.edu/cvonbergen/files/2013/01/The-Customer-is-Not-Always-Right-Customer-Aggression-and-Emotion-Regulation-of-Service-Employees.pdf>

Gregory, B. T., Osmonbekov, T., Gregory, S. T., Albritton, M. D., & Carr, J. C. (2013).

Abusive supervision and citizenship behaviors: exploring boundary conditions.

Obtido de Journal of managerial psychology:

<https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/JMP-10-2012-0314>

Hana, S. J., Bonn, M. A., & Cho, M. (2016). *The relationship between customer*

incivility, restaurant frontline service employee burnout and turnover intention.

Obtido de International Journal of Hospitality Management: [https://sci-](https://sci-hub.se/http://dx.doi.org/10.1016/j.ijhm.2015.10.002)

[hub.se/http://dx.doi.org/10.1016/j.ijhm.2015.10.002](https://sci-hub.se/http://dx.doi.org/10.1016/j.ijhm.2015.10.002)

Hernández, O. V. (2017). *CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE*

MEDICIÓN DE LA RELACIÓN DE EMPOWERMENT PSICOLÓGICO CON

EL COMPROMISO ORGANIZACIONAL. Obtido de Global Conference on

Business and Finance Proceedings:

https://www.researchgate.net/profile/Olegario_Villa/publication/330667442_Confiabilidad_y_Validez_del_Instrumento_de_Medicion_de_la_relacion_de_Empowerment_Psicologico_y_Compromiso_Organizacional/links/5c4dfdec299bf12be3e80deb/Confiabilidad-y-Validez-del-

Hill, N. (2009). A Lei do Triunfo. Em N. Hill, *A Lei do Triunfo*. José Olympio.

Holm, K., Torkelson, E., & Bäckström, M. (2015). *Models of Workplace Incivility: The Relationships to Instigated Incivility and Negative Outcomes*. Obtido de bioMed Research International:

<https://portal.research.lu.se/portal/files/1691391/8084545.pdf>

INE. (Março de 2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Obtido de Insitituo Nacional de Estatística:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiZy4P5r5zhAhWuzIUKHQzKBJsQFjAAegQIABAB&url=https%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D107198%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&usg=AOvVaw2mjLeZL

Juntos, C. (2010). *PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS*. Obtido de Cuindando Juntos: <http://cuidandojuntos.org.pt/wp-content/uploads/2015/09/programanacionalcuidadospaliativos.pdf>

Kanter, R. M. (1981). *Power, leadership, and participatory management*. Obtido de Journal Theory Into Practice:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00405848109542958>

Kelloway, K., & Day, A. (Outubro de 2005). *Building Healthy Workplaces: What We Know So Far*. Obtido de Canadian Journal of Behaviour Science:

https://www.researchgate.net/publication/232574599_Building_Healthy_Workplaces_What_We_Know_So_Far

Lanchinger, H., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (Maio de 2001). *Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model*. Obtido de US National Library of

Medicine: National Institutes of Health:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11388162>

Laneiro, T., Magalhães, J., & Nitzsche, M. (2016). *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.*

Obtido de Repositório Camões:

http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3144/1/Relatório%20Hospital%20A_R-2016-001.pdf

Leiter, M. (2013). *Analyzing and Theorizing the Dynamics of the Workplace Incivility Crisis*. Obtido de SpringerBriefs in Psychology:

<https://www.springer.com/gp/book/9789400755703>

Lim, & Cortina. (Maio de 2005). *Interpersonal mistreatment in the workplace: the interface and impact of general incivility and sexual harassment*. Obtido de US National Library of Medicine. National Institutes of Health:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15910144>

Liu, Y., Prati, L. M., Perrewe, P. L., & Ferris, G. R. (2008). *The Relationship Between Emotional Resources and Emotional Labor: An Exploratory Study*. Obtido de Journal of Applied Social Psychology: <https://sci-hub.se/10.1111/j.1559-1816.2008.00398.x>

Marques, A. L., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I. G., Capelas, M. L., Tavares, M., & Sapeta, P. (Outubro de 2009). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em portugal. *PATIENT CARE (Edição Portuguesa)*.

Martin, D., Nettleton, S., Buse, C., Prior, L., & Twigg, J. (29 de Abril de 2015).

Architecture and health care: a place for sociology. Obtido de Sociology of health & illness: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1467-9566.12284>

- Martin, Karanika-Murray, Biron, & Sanderson. (2016). *The Psychosocial Work Environment, Employee Mental Health and Organizational Interventions: Improving Research and Practice by Taking a Multilevel Approach*. Obtido de US National Library of Medicine. National INstitute of Health:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25044861>
- Martin, R. J., & Hine, D. W. (2005). *Development and Validation of the Uncivil Workplace Behavior Questionnaire*. Obtido de Journal of Occupational Health Psychology: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1076-8998.10.4.477>
- Martins, M. A., & Frota, S. A. (2002). *O EMPOWERMENT E A TEORIA ORGANIZACIONAL: UM INCREMENTO NO QUANTUM DE PODER ?*
Obtido de Revista Eletronica de Administração:
http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/MFLKB4HXk5JSF4B_2013-4-17-14-52-58.pdf
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (Janeiro de 1999). *Burnout and engagement in the workplace: a contextual analysis*. Obtido de Advances in Motivation and Achievement, Vol.11:
https://www.researchgate.net/publication/277476888_Burnout_and_engagement_in_the_workplace_A_contextual_analysis
- Mendes, D. (02 de Março de 2016). *Portugal sem camas de cuidados paliativos*. Obtido em 05 de Janeiro de 2018, de Diário de Noticias:
<https://www.dn.pt/portugal/interior/ha-359-camas-de-cuidados-paliativos-para-80-mil-pessoas-5056134.html>
- Mukwakungu, S. C., & Mbohwa, S. M. (Julho de 2018). *HE IMPACT OF EMPLOYEE EMPOWERMENT ON ORGANIZATIONAL PERFORMANCE IN A FLAVORS AND FRAGRANCE MANUFACTURING COMPANY IN SOUTH AFRICA*.
Obtido de Conference: GBATA's 20th Anniversary Annual International

Conference:

https://www.researchgate.net/publication/326977251_The_Impact_of_Employee_Empowerment_on_Organizational_Performance_in_a_Flavours_and_Fragrance_Manufacturing_Company_in_South_Africa

Neto, I. G. (2003). *Cuidados paliativos: O desafio para além da cura*. Obtido de Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar:

<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9899/9637>

- (2016). *Eutanásia? Cuidados Paliativos - Testemunhos*. Lisboa: Alêtheia Editores.

Nobre, C. S., Frota, M. A., Noronha, C. V., Landim, F. L., Couto, C. S., & Branco, J. G. (2016). *Experiências infantis com a violência no ambiente escolar*. Obtido de Revista Eletrônica Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785:

<http://ojs.bce.unb.br/index.php/rgs/article/view/3521/3209>

Oliveira, R. M., Silva, L. M., Guedes, M. V., Oliveira, A. C., Sánchez, R. G., & Torres, R. A. (2016). *Análisis del concepto comportamiento destructivo en el trabajo sanitario: revisión integrativa*. Obtido de Revista da Escola de Enfermagem:

http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0695.pdf

Orgambídez-Ramos, A., & Borrego-Alés, Y. (2014). *Empowering Employees:*

Structural Empowerment as Antecedent of Job Satisfaction in University Settings. Obtido de Psychological Thought:

<https://psyct.psychopen.eu/article/view/88/html>

Osha. (2012). *Promoção da saúde mental no local de trabalho. Resumo de um relatório de boas práticas*. Obtido de FACTS: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/102>

Porath, C., & Pearson, C. (Abril de 2018). *HBR's 10 Must Reads: on Emotional Intelligence*. Obtido de

https://books.google.pt/books?id=XuddDwAAQBAJ&pg=PT129&lpg=PT129&dq=incivilidade+dos+subordinados&source=bl&ots=Qhyca6dicC&sig=ACfU3U3fak7c0XasmBaO7QBulETLwFd-AQ&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwinh9jP45_hAhULnRoKHUjNCiYQ6AEwBXoECAkQAQ#v=onepage&q&f=false

Reis, J. A. (Dezembro de 2016). *As Relações entre Burnout, Incivilidade no Trabalho, e Absentismo em Trabalhadores de Call Centers*. Obtido em Dezembro de 2017, de Reportório iinstitucional camões:

<http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3113/1/Reis%2c%20J.N.%20%282017%29.%20As%20Relações%20entre%20Burnout%2c%20Incivilidade%20no%20Trabalho%2c%20e%20Absentismo%20em%20Trabalhadores%20de%20Call%20Centers.%252.pdf>

Ribeiro, B. G., Martins, J. T., Meier, D. d., Robazzi, M. L., & Aroni, P. (2014).

PROMOÇÃO DE SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE. Obtido de Ações de Incivilidade com os Trabalhadores de Enfermagem: evidências na prática clínica: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:eXpU0-FI7uEJ:https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php%3Fid_abstract%3D8105%26id_event%3D168+&cd=8&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt&client=safari

Ribeiro, J. L. (2001). *Mental Health Inventory: Um Estudo De Adaptação À População Portuguesa*. Obtido de Repositório Ispa:

<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1039/1/PSD%202001%202%281%29%2077-99.pdf>

- *Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa*. Obtido em Dezembro de 2017, de ISPA REPOSITÓRIO:

<http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1039>

- Ribeiro, M. L. (Julho de 2018). *EMPOWERMENT ESTRUTURAL E CIVILIDADE COMO PROMOTORES DE SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE*. Obtido de Repositório Camões:
<http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3893/1/Dissertação%20Luisa%20Ribeiro%20FINAL%20JUL%202018.pdf>
- Rodrigues, H. C. (2016). *do empowerment estrutural ao psicológico: impacto na satisfação dos trabalhadores e clientes*. Obtido de Sigarra.up:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjIuZ-N9p3hAhUS2eAKHTq5DoEQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fsigarra.up.pt%2Ffep%2Fpt%2Fpub_geral.show_file%3Fpi_doc_id%3D68365&usg=AOvVaw23PukZk5L3y5HVTmDEibVw
 - (2016). *FEP, Universidade do Porto*. Obtido em 21 de Dezembro de 2017, de Do empowerment estrutural ao psicológico: impacto na satisfação dos colaboradores e clientes:
https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwij8Yyv8MbYAhVKbxQKHbEOAroQFgg1MAI&url=https%3A%2F%2Fsigarra.up.pt%2Ffreitoria%2Fpt%2Fpub_geral.show_file%3Fpi_gdoc_id%3D871730&usg=AOvVaw3zwUJrtw9tLCAzWe3x1A9z
- Ryles, S. M. (1999). *A concept analysis of empowerment: its relationship to mental health nursing*. Obtido de Journal of Advanced Nursing:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2648.1999.00928.x>
- Sales, C. (Março de 2010). *SlideShare*. Obtido de Modelos de investigação em Psicologia: <https://www.slideshare.net/celiamdsales/modelos-de-investigacao-psicologia-2010-3/11>

Schat, A. C., & Kelloway, E. K. (Janeiro de 2005). *Chapter 8: Workplace Aggression*.

Obtido de Sage knowledge: Hanbook of Work Stress:

http://sk.sagepub.com/reference/hdbk_workstress/n8.xml

Skarlick, D. P., & Folger, R. (1997). *Retaliation in the Workplace: The Roles of*

Distributive, Procedural, and Interactional Justice. Obtido de Apllied

Psychology: <https://sci-hub.se/10.1037/0021-9010.82.3.434>

SNS. (20 de Outubro de 2016). *Cuidados Continuados*. Obtido de Serviço Nacional de

Saúde: <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>

Social, I. d. (28 de Novembro de 2018). *Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados*

Continuados Integrados. Obtido de Segurança Social: [http://www.seg-](http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a)

[social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a](http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a)

Spreitzer, G. M. (Abril de 1996). *Social Structural Characteristics of Psychological*

Empowerment. Obtido de Academy of Management Journal:

<http://www.jstor.org/stable/256789>

Tavares, V. C. (2014). *O Empowerment Estrutural como mediador na relação do*

Trabalho Emocional e Engagement. Obtido de Repositório ISPA:

<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3635/1/18269.pdf>

Vala, J., Pinto, A. M., Moreira, S., & Lopes, R. C. (28 de Novembro de 2016). *Burnout*

na classe médica: estudo nacional. Obtido de Ordem dos Médicos:

[http://ordemdosmedicos.pt/wp-](http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Principais_resultados_do_Estudo_nacional_de_Burnout_na_classe_medica.pdf)

[content/uploads/2017/09/Principais_resultados_do_Estudo_nacional_de_Burnout_na_classe_medica.pdf](http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Principais_resultados_do_Estudo_nacional_de_Burnout_na_classe_medica.pdf)

WHO. (11 de Maio de 2009). Obtido em 21 de Dezembro de 2017, de User

empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for

Europe:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf

- (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Obtido de World Health

Organization:

https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/bw_version.pdf?ua=1

Willhaus, J., Clark, C., & Kardong-Edgren, S. (2014). *A Brief Intervention to Counter*

Workplace Incivility: Capturing Biomarker Data, Psychological stress and

Effects on Safe Patient Care. Obtido de Nursing Repository:

<https://sigma.nursingrepository.org/bitstream/handle/10755/613245/STTIGrantReport.pdf?sequence=9&isAllowed=y>

ANEXOS

Anexo A - Folha de Rosto



“Promoção da qualidade das relações interpessoais, da saúde e do bem-estar dos Profissionais de Saúde nos Cuidados Paliativos e Continuados”

O Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP/UAL) está a desenvolver um projeto de investigação/ação, onde foram inseridas alunas do último ano do mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, (Inês Mouta e Patrícia Vinheiras) no âmbito da sua dissertação de final de curso.

O objetivo deste projeto é a promoção da qualidade das relações interpessoais, da saúde e do bem-estar dos profissionais de saúde nos cuidados paliativos e continuados em contexto hospitalar. A sua participação é muito importante para compreendermos a realidade das relações interpessoais na organização e para obtermos dados que nos permitam intervir a nível grupal, com contributos para o bem-estar ocupacional.

Solicitamos a sua colaboração no preenchimento do questionário que de seguida apresentamos, sublinhando que o preenchimento deste questionário ocorrerá de forma anónima, sem risco de identificação dos participantes.

A sua participação é obrigatória?

Não, a sua participação nesta investigação é inteiramente voluntária. Tem o direito de recusar-se a participar, de desistir de participar em qualquer altura, ou de responder a apenas algumas das perguntas do questionário. Contudo, seria muito importante não deixar nenhuma pergunta do questionário em branco, e em caso de dúvida escolhe a alternativa que lhe parece mais adequada à sua situação.

Anonimato, confidencialidade e contatos

Garantimos a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. Apenas os investigadores terão acesso aos dados. Se desejar mais informações sobre o projeto, poderá contactar-nos através do endereço: gint.ceide@gmail.com.

Consentimento informado

O preenchimento e submissão deste questionário implica o consentimento informado do(a) participante.

Tempo de preenchimento e prazo de entrega do questionário

O preenchimento do questionário demora cerca de **20 minutos**. Seja espontâneo(a) a responder, pois, com a exceção dos seus dados sociodemográficos e profissionais, não existem respostas certas nem erradas.

Pedimos que este questionário seja preenchido o mais rapidamente possível

Agradecemos desde já a sua colaboração!

CWEQ-II

Relativamente às situações abaixo apresentadas, coloque um "X" na resposta que considera mais adequada em função da sua percepção e utilizando a escala de avaliação disponível.

1	2	3	4	5
Nenhum		Algum		Muito

Em que medida tem cada uma das oportunidades?	1	2	3	4	5
1. Trabalho desafiante					
2. A possibilidade para desenvolver novas competências e conhecimentos					
3. Tarefas que usam todas as suas próprias competências e conhecimentos					
Até que ponto tem acesso à informação relativa a?					
4. Estado atual da instituição					
5. Os valores da gestão de topo					
6. Os objetivos da gestão de topo					
Até que ponto tem acesso às?					
7. Informações específicas sobre coisas que faz bem					
8. Comentários específicos sobre aspetos que poderia melhorar					
9. Dicas úteis e conselhos de resolução de problemas					
Em termos de recursos, em que medida tem?					
10. Tempo disponível para tratar / organizar os papéis					
11. Tempo disponível para cumprir exigências de trabalho					
12. Ajuda temporária quando necessária					

MHI-5

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.						
<i>(Por favor assinale com um "X" na resposta mais adequada)</i>						
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...		1	2	3	4	5
		Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a.	Se sentiu muito ansioso/a?					
b.	Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?					
c.	Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?					
d.	Se sentiu deprimido/a?					
e.	Se sentiu feliz?					

ESIT

Indique em que medida concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações. Coloque um 'X' na resposta mais adequada, utilizando a seguinte escala de avaliação.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes por mês ou menos	Uma vez por semana ou menos	Algumas vezes por semana	A maior parte dos dias	Diariamente	Mais do que uma vez por dia

No <u>último mês</u> com que frequência os seus supervisores se comportaram das seguintes formas?		0	1	2	3	4	5	6
1	Ignoraram-no(a)							
2	Excluíram-no(a)							
3	Falaram-lhe rudemente							
4	Comportaram-se rudemente consigo (e.g., gestos, expressões faciais, etc.)							
5	Comportaram-se sem consideração por si							
No <u>último mês</u> com que frequência os seus colegas/outros profissionais da equipa de saúde se comportaram das seguintes formas?								
6	Ignoraram-no(a)							
7	Excluíram-no(a)							
8	Falaram-lhe rudemente							
9	Comportaram-se rudemente consigo (e.g., gestos, expressões faciais, etc.)							

10	Comportaram-se sem consideração por si							
No último mês com que frequência os seus subordinados (a quem delega tarefas) se comportaram das seguintes formas?								
11	Ignoraram-no(a)							
12	Excluíram-no(a)							
13	Falaram-lhe rudemente							
14	Comportaram-se rudemente consigo (e.g., gestos, expressões faciais, etc.)							
15	Comportaram-se sem consideração por si							
No último mês com que frequência os seus utentes/clientes se comportaram das seguintes formas?								
16	Ignoraram-no(a)							
17	Excluíram-no(a)							
18	Falaram-lhe rudemente							
19	Comportaram-se rudemente consigo (e.g., gestos, expressões faciais, etc.)							
20	Comportaram-se sem consideração por si							
No último mês quantas vezes você já se comportou das seguintes formas em relação a outras pessoas no trabalho?								
21	Ignorou alguém							
22	Excluiu alguém							
23	Falou rudemente com alguém							
24	Comportou-se rudemente com alguém (e.g., gestos, expressões faciais, etc.)							

Anexo E - Dados Sociodemográficos

1. Género		11. Horário de trabalho			
Masculino		Fixo			
Feminino		Rotativo			
2. Idade		Nº horas/semana			
		12. Remuneração mensal líquida em euros			
3. Estado civil		501,00 - 1000,00			
Solteiro(a)		1001,00 - 1500,00			
Casado(a)		1501,00 - 2000,00			
União de facto		2001,00 - 2500,00			
Separado(a)		≥ 2501,00			
Divorciado(a)		13. Âmbito do desempenho de funções (permitem-se várias opções)			
Viúvo(a)		Prestação de Cuidados			
4. Número de filhos		Responsabilidade na Gestão de Cuidados			
		Responsabilidade na Gestão do Serviço			
5. Categoria profissional	Especifique	Responsabilidade pela Formação			
Enfermeiro(a)		Colaboração nos cuidados prestados, limpeza, higienização e apoio ao funcionamento das Unidades de Saúde			
		14. Área de residência			
		Na cidade de Lisboa			
Médico(a)		No distrito de Lisboa			
		Noutro distrito			
		15. Tempo de deslocação até à instituição			
Psicólogo		Até 30 minutos			
Administrativo(a)					
A.Social		Entre 30 a 60 minutos			
Auxiliar de saúde					
Outro					
6. Formação académica	Especifique	Acima de 60 minutos			
Doutoramento		16. Intenção de mudança			
Mestrado			Sim	Não	Não sei
Licenciatura		Se tivesse oportunidade pretendia mudar da unidade onde trabalha, mantendo-se no mesmo hospital?			
Bacharelato					
Curso de Enfermagem Geral			Sim	Não	Não sei
Secundário/Curso Profissional					
Escolaridade Obrigatória					
7. Formação de desenvolvimento profissional		Se tivesse oportunidade pretendia mudar do hospital onde trabalha?			
Especialização					
Pós-graduação					
Formação avançada			Sim	Não	Não sei
Outros cursos (quais?)		Pretende mudar de profissão?			
8. Instituição a que pertence					
9. Antiguidade (anos)		Por favor, certifique-se de que respondeu a todas as perguntas deste questionário. MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!			
Na Profissão					
No Hospital/Instituição					
No Serviço					
10. Natureza do vínculo					
Contrato sem termo (Quadro)					
Contrato com termo					
Contrato de prestação de serviços					



Consentimento Informado do Cuidador

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Patricia Alexandra da Silva Vinheiras (estudante da Universidade Autónoma de Lisboa), orientada pelo Professor Doutor Tito Laneiro (Professor da Universidade Autónoma de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e do Aconselhamento, autorizada pela comissão de ética da Universidade Autónoma de Lisboa.

Foram-me explicados e compreendo os principais objetivos deste estudo:

1. Avaliar a perceção do profissional de saúde quanto à sua qualidade de vida
2. Avaliar a incivilidade experienciada pelo profissional de saúde no seu ambiente de trabalho
3. Avaliar o *empowerment* estrutural na perspetiva do profissional de saúde

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

1. Responder a uma ficha de caracterização sociodemográfica

2. Responder a um conjunto de questionários sobre a minha percepção acerca da minha saúde mental, incivilidade e *empowerment* estrutural com duração de cerca de 20 minutos. Outras observações:
3. Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.
4. Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, a menos que eu autorize.
5. Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento de investigação em Psicologia Clínica não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.
- 6.
7. **Nome:** _____
8. **Assinatura:** _____
9. **Data:** ____ / ____ / ____
10. Se tiver alguma dúvida por favor contacte para:

p.vinheiras@hotmail.com