



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

**COMPROMISSO ORGANIZACIONAL, CIVILIDADE E SAÚDE MENTAL EM
PROFISSIONAIS DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

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

Autora: Íris Silva do Ó

Orientador: Professor Doutor Tito Rosa Laneiro

Número da candidata: 30001621

Dezembro de 2020

Lisboa

Para as três pessoas mais importantes da minha vida: mãe, pai e mana.

O caminho foi longo, cheio de barreiras e adversidades, mas sem vocês, nem teria existido.

Agradecimentos

Este trabalho é o resultado de um percurso longo, acompanhado por muitas transformações e duras batalhas, não só a nível académico, mas também a nível pessoal. Um processo de superação, resiliência e dedicação, onde o final é só o começo de um novo capítulo.

Aos meus pais e à minha irmã, por serem o meu pilar, a minha segurança, o meu conforto e nunca terem deixado de acreditar que era possível. Em especial à minha mãe, pelo ser humano extraordinário que é, pela confiança, honestidade, amor e partilha. O que sou hoje devo-te a ti.

Ao Luís, por me ouvir, por estar, pelo apoio, mas principalmente pelo amor.

À Tati, obrigada minha companheira, por todas as palavras certas nas horas mais difíceis, pelas lágrimas e sorrisos que partilhámos, é difícil encontrar palavras que descrevam o que foste para mim nestes últimos anos. Esta minha viagem não teria sido a mesma sem ti.

Às minhas colegas de mestrado, por toda a compaixão, empatia e espírito de entreaajuda, por todas as conversas e momentos partilhados e por hoje serem mais do que colegas e se terem tornado essenciais.

Aos meus amigos de sempre e para sempre, por serem as minhas eternas bengalas.

Ao Professor Doutor Tito Laneiro, por me ter orientado e acompanhado neste percurso, sempre com uma palavra de apoio e muita paciência.

A todas as Comunidades Terapêuticas deste país, participantes e não participantes, pelo trabalho que desenvolvem ano após ano, com tão poucos recursos, mas com uma vontade enorme de ajudar quem delas precisa.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à ART, a minha casa.

“Podemos escolher recuar em direção à segurança ou avançar em direção ao crescimento. A opção pelo crescimento tem que ser feita repetidas vezes. E o medo tem que ser superado a cada momento.”

Abraham Maslow

RESUMO

Durante as últimas décadas, a qualidade do ambiente de trabalho tem-se revelado um fator de extrema importância para as empresas e organizações de todo o mundo, uma vez que o mesmo é um fator de promoção da saúde mental dos trabalhadores (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2012). Ao nível nacional, a literatura no âmbito das Comunidades Terapêuticas é praticamente inexistente, sendo que essa lacuna aumenta quando colocamos o foco nas variáveis organizacionais e nos profissionais que diariamente desempenham funções nestas instituições. Para colmatar essa ausência, efetuámos um estudo onde analisámos o compromisso organizacional, a civilidade e a saúde mental nos profissionais de Comunidades Terapêuticas. A nossa investigação tem como objetivo compreender se o compromisso organizacional afeta positivamente a saúde mental e a civilidade, se a saúde mental influencia positivamente a civilidade e, por último, avaliar se a civilidade medeia a relação entre o compromisso organizacional e a saúde mental. O estudo contou com uma amostra de 213 participantes, sendo todos profissionais que trabalham atualmente nas Comunidades Terapêuticas portuguesas (médicos, psicólogos, assistentes sociais, monitores, cozinheiros, entre outros). Para tal, aplicámos os instrumentos na versão adaptada à população portuguesa da *Affective Commmtment Scale*, *Continuance Commitment Scale* e *Normative Commitment Scale* (Nascimento, Lopes & Salgueiro, 2008), da *WCS* (Osatuke *et al.*, 2009), na versão portuguesa *ECT* (Nitzsche, 2015) e da escala de saúde mental do *MOS SF-36v2* (Ware *et al.*, 1993) na versão validada para a população portuguesa (Ferreira, 2000a, 2000b). Os resultados do nosso estudo estão enquadrados nas hipóteses apresentadas, ou seja, o compromisso organizacional tem uma influência positiva na civilidade e na saúde mental dos trabalhadores e a civilidade está positivamente associada à saúde mental dos mesmos. Por último, foi também possível observar que a civilidade medeia positivamente a relação entre o compromisso organizacional e a saúde mental.

Palavras-chave: Compromisso organizacional; Civilidade; Saúde Mental; Comunidades terapêuticas

ABSTRACT

Over the past few decades, the quality of the work environment has proved to be an extremely important factor for companies and organizations worldwide, as it promotes the mental health of workers (European Agency for the Safety and Health at Work, 2012). At the national level, the literature in the scope of the Therapeutic Communities is practically nonexistent, and this gap increases when we focus on organizational variables and on professionals who daily perform functions in these institutions. To fill this gap, we carried out a study where we analyzed the organizational commitment, civility and mental health in professionals from Therapeutic Communities. Our research aims to understand whether organizational commitment positively affects mental health and civility, whether mental health positively influences civility and, finally, to assess whether civility mediates the relationship between organizational commitment and mental health. The study had a sample of 213 participants, all of whom are professionals currently working in the Portuguese Therapeutic Communities (doctors, psychologists, social workers, monitors, cooks, among others). With this objective, we applied the instruments in the Portuguese version of the Affective Commitment Scale, Continuance Commitment Scale and Normative Commitment Scale (Nascimento, Lopes & Salgueiro, 2008), by WCS (Osatuke *et al.*, 2009), in the Portuguese version ECT (Nitzsche, 2015) and the MOS SF-36v2 mental health scale (Ware *et al.*, 1993) in the version validated for the Portuguese population (Ferreira, 2000a, 2000b). The results of our study are framed in the presented hypotheses, that is, the organizational commitment has a positive influence on the workers' civility and mental health and civility is positively associated with their mental health. Finally, it was also possible to observe that civility positively mediates the relationship between organizational commitment and mental health.

Keywords: Organizational commitment; Civility; Mental health; Therapeutic communities

Índice

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
Introdução.....	13
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
Capítulo 1- Compromisso Organizacional	19
1.1 Conceito de Compromisso Organizacional	19
1.2 Modelo Tridimensional do Compromisso – Meyer e Allen.....	21
1.2.1 Compromisso Organizacional Afetivo	22
1.2.2 Compromisso Organizacional de Calculativo (Continuidade/Instrumental)	22
1.2.3 Compromisso Organizacional Normativo	23
1.3 Compromisso Organizacional em Profissionais de Saúde	23
Capítulo 2 – Civilidade	24
2.1 Civilidade e Incivilidade.....	24
2.2 Conceito de Civilidade	24
2.3 Antecedentes da Civilidade	26
2.4 Consequências da Civilidade.....	26
2.5 Conceito de Incivilidade.....	27
2.6 Civilidade em Profissionais de Saúde	29
Capítulo 3 –Saúde Mental	31
3.1 Conceito de Saúde Mental.....	31
3.2 Saúde Mental e o trabalho	31
3.1.1 Saúde Mental e o trabalho – riscos psicossociais	32
3.3 Saúde Mental em Profissionais de Saúde	34
Capítulo 4- Comunidades Terapêuticas	35
4.1 Breve História das Comunidades Terapêuticas	35
4.1.1 Europa	35
4.1.2 Norte Estados Unidos da América	36
4.2 Atualidade das Comunidades Terapêuticas na Europa.....	37
4.3 Comunidades Terapêuticas – definição e caracterização	38
4.4 Objetivos.....	39
4.5 População-Alvo	40
4.6 Profissionais de saúde em Comunidades Terapêuticas	40
Capítulo 5- Compromisso Organizacional, Civilidade e Saúde Mental	43
5.1. Compromisso Organizacional e Saúde Mental	43

5.2. Compromisso Organizacional e Cívildade	45
5.3. Cívildade e Saúde Mental.....	45
PARTE II – MÉTODO	47
Capítulo 6 – Análise de determinantes para o Compromisso Organizacional, a Cívildade e a Saúde Mental.....	48
6.1 Pertinência do Estudo e Definição do Problema	48
6.2 Metodologia e Questão de Investigação	49
6.3 Hipóteses e Modelo de Investigação	49
6.4 Participantes.....	50
6.4.1 Caracterização da Amostra	50
6.5 Instrumentos	53
6.5.1 Escala de Compromisso Organizacional (ECO).....	53
6.5.2 Escala de Cívildade no Trabalho (ECT)	54
6.5.3 Escala de Saúde Mental MOS SF-36v2.....	54
6.5.1 Questionário Dados Sociodemográficos.....	55
6.7 Procedimentos	55
6.8 Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados	56
PARTE III – RESULTADOS	57
Capítulo 7 – Apresentação e análise de resultados	58
7.1 Escala de Compromisso Organizacional (ECO)	58
7.1.1 Escala de Compromisso Afetivo.....	60
7.1.2 Escala de Compromisso Calculativo	60
7.1.3 Escala de Compromisso Normativo.....	61
7.2 Escala de Cívildade no Trabalho (ECT).....	61
7.3 Escala de Saúde Mental- MOS SF-36v2	62
7.4 Total das Escalas	63
7.5 Resultados do Modelo de Mediação.....	66
PARTE IV – DISCUSSÃO.....	70
Capítulo 8 – Discussão de Resultados.....	71
8.1 Pontes fortes e aplicações práticas do estudo	73
8.2 Limitações do estudo	74
8.3 Indicação para investigações futuras	75
Conclusão	76
Referências Bibliográficas	78
Anexos.....	89

Índice de Anexos

Anexo A-Escala do Compromisso Organizacional (ECO).....	90
Anexo B-Escala de Civilidade no Trabalho (ECT).....	92
Anexo C-Instrumento MOS SF-36v2	93
Anexo D-Dados Sociodemográficos.....	95
Anexo E-Consentimento Informado	97
Anexo F-Abordagem inicial contacto com as organizações	99

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características Sociodemográficas Qualitativas (N=213).....	51
Tabela 2. Características Sociodemográficas Quantitativas (N=213).....	53
Tabela 3. Escala Compromisso Organizacional (ECO) - Itens da Escala.....	58
Tabela 4. Escala de Civilidade (ECT) - Itens da Escala.....	61
Tabela 5. Escala de Saúde Mental MOS SF-36v2 - Itens da Escala.....	62
Tabela 6. Estatística Descritiva e Alfa de Cronbach.....	64
Tabela 7. Coeficientes de correlação.....	65

Lista de figuras

Figura 1 - Modelo de Investigação.....	49
Figura 2 - Modelo de Mediação- Compromisso Organizacional Afetivo.....	67
Figura 3 - Modelo de Mediação - Compromisso Organizacional Normativo.....	68

**COMPROMISSO ORGANIZACIONAL, CIVILIDADE E SAÚDE MENTAL EM
PROFISSIONAIS DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

Introdução

Nas últimas décadas o universo laboral sofreu alterações profundas que transformaram a visão mundial sobre a segurança e saúde no trabalho. A evolução da comunicação e da tecnologia, bem como o desenvolvimento sociopolítico global, as mudanças demográficas e a globalização e terciarização do mundo, trouxeram desafios contemporâneos ao universo laboral, nomeadamente no que diz respeito aos riscos psicossociais relacionados com o mesmo (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2018; *European Agency for Safety and Health at Work*, 2007; *World Health Organization*, 2010).

Os riscos psicossociais, relacionados com o contexto do trabalho e a forma como este é concebido, organizado e gerido, têm o potencial de causar danos de tipo físico, social ou psicológico. Neste sentido, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho refere que estes riscos podem conduzir à deterioração da saúde física, mental e social dos trabalhadores, levando a possíveis doenças cardiovasculares, perturbações musculoesqueléticas, depressão e deterioração mental (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2012; *European Agency for Safety and Health at Work*, 2007; Organização Internacional do Trabalho, 2010).

Desta forma, os riscos psicossociais no trabalho influenciam não só a saúde e bem-estar do indivíduo, mas também do grupo e podem ter várias repercussões negativas nas organizações (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2012; *European Agency for Safety and Health at Work*, 2007; Organização Internacional do Trabalho, 2010).

Segundo Cox (1993, citado por Leka *et al.*, 2008) os riscos psicossociais podem estar relacionados com diversos fatores: o conteúdo, sobrecarga e ritmo do trabalho, os horários, supervisão, ambiente e equipamento laboral, a cultura e função na organização, as relações interpessoais, desenvolvimento da carreira e interação trabalho-casa, etc. A Organização Internacional do Trabalho (2010) afirma que atualmente são declaradas cerca de 160 milhões de doenças relacionadas com o contexto laboral, que acabam por resultar na morte de 2 milhões de pessoas. Ainda neste sentido, dados do *European Agency for Safety and Health at Work* (2007) afirmam que a cada três minutos e meio morre uma pessoa na União Europeia por causas ligadas ao trabalho.

A Direção Geral de Saúde (2013) enquadrou no Programa Nacional de Saúde Ocupacional um conjunto de princípios estratégicos como a promoção de ambientes de trabalho saudáveis e a proteção da saúde e bem-estar dos trabalhadores, que visam reforçar a capacidade organizativa, de

planeamento e de intervenção, e a instituição das Boas-Práticas em Saúde do Trabalho. De acordo com Leka *et al.* (2008) uma das principais estratégias de gestão de riscos psicossociais passa por mudar a organização e o ambiente de trabalho, promovendo as intervenções que têm por base o diálogo social e uma abordagem participativa.

De acordo com o Decreto-Lei no 37/2014, de 21 de fevereiro de 2014 do Ministério da Saúde compete às Comunidades Terapêuticas “prestar cuidados a utentes dependentes de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas que necessitem de internamento prolongado, com apoio psicoterapêutico e socio terapêutico, sob supervisão psiquiátrica” (Decreto Lei no 27/2014 de 21 de fevereiro do Ministério da Saúde, 2014).

As Comunidades Terapêuticas surgiram com o objetivo de contribuir para o tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas, de forma estruturada e cientificamente ajustada. Estas estruturas nasceram enquanto resposta de tratamento alternativo, ao internamento hospitalar, para dependentes que pretendem fazer recuperação (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011). Tratam-se de sistemas estruturados, com limites e regras precisas e funções claramente delimitadas através de normas, horários e responsabilidades (Sabino & Cazenave, 2005).

Nas Comunidades Terapêuticas, existe a rutura dos hábitos de consumo e uma suspensão do antigo ambiente, que permite uma reaprendizagem da vida e a promoção do reconhecimento das capacidades pessoais, no sentido de facilitar a futura reinserção. O trabalho é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, com supervisão psiquiátrica e distingue-se por funcionar numa dinâmica de comunidade (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011).

De acordo com Machado e Veloso (2011) a estrutura e organização das Comunidades Terapêuticas obriga a que todos os residentes se relacionem com todos os profissionais, criando múltiplas interações. As relações diretas e indiretas que se vão estabelecendo entre os residentes e equipa das Comunidades Terapêuticas podem, por vezes, aumentar a exposição a situações conflituosas, exigindo dos profissionais envolvidos, assim como da organização, estratégias de forma a lidar com estas circunstâncias.

Foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados B-on, Scielo, RCAAP e PsycINFO®, PsycArticles®, no dia 3 de fevereiro de 2019, relativamente aos estudos realizados no âmbito das Comunidades Terapêuticas e as pesquisas encontradas debruçam-se maioritariamente sobre as características e particularidades dos residentes e problemáticas relacionadas ao tratamento, nomeadamente a adesão ao mesmo.

Foram apenas encontrados dois estudos que se debruçaram sobre a influência de variáveis organizacionais nos profissionais destas Comunidades: Levin e Teichman (2017) procuram compreender a relação das variáveis clima organizacional, política organizacional e identificação com a organização e pares com a retenção de pacientes em Comunidades Terapêuticas em Israel e Cristofanelli *et. al.* (2010) realizaram um estudo que tinha como objetivo propor um novo instrumento para investigar as características organizacionais em Comunidades Terapêuticas para adolescentes em Itália. Em Portugal não existem estudos sobre a influência das variáveis organizacionais e relacionais em profissionais de Comunidades Terapêuticas.

Neste contexto, a saúde mental no local de trabalho deve ser uma prioridade para as organizações. É fundamental o planeamento de estratégias de intervenção e prevenção de fatores organizacionais que podem representar riscos à saúde dos trabalhadores, através da identificação e avaliação dos riscos psicossociais do trabalho.

Como referido anteriormente, a globalização e o alto nível tecnológico aumentaram os desafios já inerentes às relações interpessoais, tornando cada vez mais necessárias as normas de conduta respeitosa. Aderir a normas que regem o nosso comportamento, quer na sociedade em geral quer no trabalho, demonstra cortesia e consideração pelos outros (Andersson & Pearson, 1999).

A civilidade refere-se a um conjunto de normas de conduta pública, que tem implícita uma autoconsciência e automoderação no seguimento de regras subentendidas por diferentes indivíduos ou grupos, enquanto conceito, encontra-se associado à tolerância, respeito e inclusão, que se traduz no tratamento do outro com dignidade e respeito (Ribeiro, 2018). A falta de civilidade no trabalho transporta consequências negativas a nível da performance, insatisfação no trabalho, compromisso com a organização, a intenção de saída, o *burnout*, o bem-estar, a saúde mental e física (Leiter *et al.*, 2011; Ribeiro, 2018).

O conceito de compromisso organizacional tornou-se objeto de interesse, por parte de investigadores, por procurar compreender e conceptualizar a ligação do indivíduo com a organização (Rego, 2003).

Meyer e Allen (1997) consideraram o compromisso organizacional um constructo multidimensional, que pode ser definido como um estado psicológico que caracteriza a relação dos trabalhadores com a organização e tem implicações na decisão de continuar, ou não, ligado à instituição. Estes autores desenvolveram um modelo constituído por três componentes que

demonstram as diferentes ligações da díade trabalhador-instituição. Estes componentes são: o compromisso organizacional afetivo, que está associado ao nível em que o indivíduo se encontra emocionalmente envolvido com a organização, principalmente por meio de experiências de trabalho positivas, o compromisso organizacional calculativo, que representa a decisão de permanência consoante a avaliação dos custos e benefícios, tanto económicos como sociais, associados à saída da organização e o compromisso organizacional normativo, que está relacionado com o sentimento de dever moral e obrigação de continuar na organização (Allen & Meyer, 1990; Meyer & Herscovitch, 2001). Estes três elementos são a base do modelo tridimensional desenvolvido por Meyer e Allen (1991).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2017) a saúde mental define-se como um estado de bem-estar, em que o indivíduo percebe o seu próprio potencial, sendo capaz de lidar com o stress normativo da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera contribuindo para a comunidade. A saúde mental e o bem-estar são componentes essenciais para o crescimento interpessoal do ser humano, devendo a sua promoção, proteção e recuperação constituírem preocupações ao nível dos indivíduos, comunidades e sociedades.

Este estudo está dividido em quatro partes. A primeira contempla a fundamentação teórica, elaborando os conceitos de compromisso organizacional, civilidade, saúde mental e Comunidades Terapêuticas. Ainda nesta parte podemos encontrar um capítulo que engloba a literatura existente que integra as três variáveis. A segunda parte diz respeito ao método, onde mencionamos a pertinência do estudo e definição do problema, a metodologia e questão da investigação, os participantes, a caracterização da amostra, os instrumentos e os procedimentos do estudo e da análise de dados. Na terceira parte apresentamos os resultados da análise estatística. Na última parte, realizamos uma discussão dos resultados obtidos, bem como fazemos referência às limitações do estudo, pontos fortes e aplicações práticas do mesmo, indicações para investigações futuras e uma breve conclusão do trabalho realizado.

A presente investigação pretende contribuir para uma melhor compreensão das variáveis compromisso organizacional, civilidade e saúde mental e de que forma as mesmas se influenciam, nos profissionais de Comunidades Terapêuticas, através do problema que agora colocamos: *será a civilidade mediadora da relação entre o compromisso organizacional e a saúde mental em profissionais de Comunidades Terapêuticas?*

O estudo proposto insere-se no projeto “Promoção da Qualidade das Relações Interpessoais da Saúde e do Bem-Estar de Profissionais da Saúde” que está integrado no Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP-UAL) e pretende contribuir para maior compreensão das variáveis positivas civilidade, compromisso organizacional e saúde mental em profissionais de Comunidades Terapêuticas.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Capítulo 1- Compromisso Organizacional

Neste capítulo iremos abordar o tema do compromisso organizacional através de uma breve revisão de literatura e caracterização do conceito. Seguidamente abordamos o Modelo Tridimensional Compromisso de Meyer e Allen (1991), numa tentativa de compreensão do comportamento individual em contexto organizacional. Por fim, apresentamos a temática do compromisso organizacional em profissionais de saúde.

1.1 Conceito de Compromisso Organizacional

A evolução do conceito de compromisso em contexto de trabalho assume particular importância com as mudanças socioeconómicas emergentes e com as rápidas transformações nos ambientes organizacionais, mais especificamente no âmbito das relações laborais (Bastos 1993; Nascimento, 2008). A partir da década de 1980 foram desenvolvidos diversos trabalhos, em áreas como a Psicologia, Antropologia, Sociologia ou Gestão e Administração de Empresas, entre outras, tendo em vista compreender quais os tipos processos que levam os trabalhadores a estabelecerem vínculos de permanência com uma determinada organização (Menezes & Bastos, 2009).

O conceito de compromisso desenvolveu-se sob perspetivas diferenciadas que tinham como foco diferentes fatores como os valores, comportamentos e atitudes (Bastos, 1993; de Biazzi, 1996). Na atualidade, a pesquisa no âmbito do compromisso organizacional ainda se prende com a tentativa de testar, através de estudos teóricos e empíricos, a definição do constructo, bem como a sua conceptualização e operacionalização (Menezes & Bastos, 2009).

Não obstante, a compreensão deste construto torna-se essencial, dado que é através do mesmo que é possível analisar e entender o compromisso existente entre o indivíduo e a organização, fator que está associado a diferentes condutas como a assiduidade, o empenho e até mesmo com o comportamento de cidadania, uma vez que tem o potencial de influenciar a eficácia organizacional e o bem-estar do trabalhador. (Macário, Ribeiro e Pinheiro, 2020; Meyer & Becker, 2004; Meyer & Herscovitch, 2001; Rego & Souto, 2004).

O compromisso organizacional foi definido, medido e investigado extensivamente e de várias perspetivas conceituais e operacionais, no entanto, tem sido alvo de muitas críticas e reflexões nas últimas décadas, principalmente devido à falta de precisão e redundância do conceito (Dunham, Grube & Castañeda, 1994; Meyer & Allen, 1990; Morrow 1983; Reichers 1985). A

carência de consenso na definição do constructo foi agravada pelas medidas de compromisso, que nem sempre correspondem à definição aplicada, tornando-se complexo sumarizar os resultados da pesquisa sobre este conceito (Meyer & Allen, 1990; Morrow 1983).

Nos trabalhos realizados no âmbito do compromisso organizacional, muitos dos investigadores optaram por formular a sua própria definição e medida do constructo, levando a uma abordagem irracional e não desenvolvimentista do conceito (Becker 1960; Morrow, 1983). Morrow (1993) alertou a comunidade científica para a necessidade de direcionar esforços no sentido de validar o constructo, mobilizando a atenção dos investigadores para a compreensão da sua natureza fundamental, de forma a não perpetuar o uso indiscriminado do conceito e a proliferação de concepções adicionais redundantes.

Existem ainda muitas controvérsias quanto à definição do constructo de compromisso organizacional (Nascimento, 2008). Comum a todos os estudos relacionados com o compromisso nas organizações é a crença de que o mesmo vincula o indivíduo a uma organização, reduzindo a probabilidade de rotatividade (Meyer & Becker, 2004).

Becker (1960) conceptualizou o compromisso como um movimento que surge quando uma pessoa, ao fazer uma aposta paralela, associa interesses a uma linha consistente de atividade.

Mowday, Steers e Porter (1979, p.225) definiram o compromisso organizacional como uma “força relativa da identificação e envolvimento de um indivíduo com uma organização específica”, que podia ser caracterizada por três fatores interrelacionados, uma forte crença e aceitação dos valores e objetivos da organização; disposição para exercer um esforço significativo pela organização e um forte desejo de se manter filiado à organização.

Meyer e Herscovitch (2001) caracterizam o compromisso como uma força que liga um sujeito a um movimento de ação que é relevante para algo específico.

As duas abordagens mais refletidas relativamente ao compromisso focam-se na sua natureza comportamental (Becker, 1960), ou atitudinal (Mowday, Steers & Porter, 1979). Em ambas, o compromisso com a organização é conceptualizado como um constructo unidimensional. A distinção entre compromisso atitudinal e compromisso comportamental está bem definida na literatura sobre o tema. De acordo com Meyer e Herscovitch (2001) o compromisso atitudinal é entendido como um estado psicológico em que os funcionários procuram perceber se os seus próprios valores são congruentes com os da organização, passando a considerar o seu

relacionamento com a mesma. Por outro lado, o compromisso comportamental é o processo pelo qual os funcionários ficam presos a uma certa organização e como lidam com essa questão.

Não obstante, diversos autores consideraram que o compromisso organizacional deveria ser compreendido e operacionalizado como um constructo multidimensional, que possui múltiplos focos, sugerindo que o desenvolvimento natural do conceito seria de uma orientação geral, para uma mais específica (Dunham, Grube & Castañeda, 1994; Meyer & Allen, 1991; Morrow 1983; Reichers 1985). Neste sentido, Meyer e Allen (1991) propuseram um modelo de compromisso organizacional não só para auxiliar na interpretação das pesquisas já existentes, mas também para servir como estrutura base para investigações futuras.

Este estudo segue o Modelo Tridimensional do Compromisso numa tentativa de compreensão do comportamento individual em contexto organizacional.

1.2 Modelo Tridimensional do Compromisso – Meyer e Allen

Meyer e Allen desenvolveram o paradigma das três dimensões do compromisso tendo como base uma extensiva revisão de literatura e análise das semelhanças nas perspectivas unidimensionais existentes de compromisso organizacional (Meyer & Allen, 1991, 1997; Meyer & Herscovitch, 2001).

O Modelo Tridimensional do Compromisso, que caracteriza o compromisso organizacional, de forma geral, como uma ligação psicológica entre o funcionário e a sua organização que faz com que o indivíduo queira permanecer na mesma, está assente numa visão multidimensional do constructo e tem por base três componentes do compromisso: o afetivo, normativo e o calculativo. Embora o vínculo entre o funcionário e a organização seja comum às três dimensões, é a natureza dessa ligação que os distingue, sendo o compromisso com a organização de um determinado indivíduo o resultado da soma e interação desses três elementos (Allen & Meyer, 1996; Meyer & Allen, 1990, 1991, 1997; Meyer & Herscovitch, 2001).

Os autores deste modelo consideram pertinente não designar os três diferentes componentes (afetivo, normativo e calculativo) como tipos de compromisso, uma vez que é expectável que um indivíduo possa experimentar as três formas de compromisso em simultâneo e em vários graus (Meyer & Allen, 1991, 1997). Não obstante as suas diferenças conceptuais e funções distintas, é a interação entre as três dimensões, entre outros fatores, que influencia o comportamento do funcionário na instituição (Meyer & Allen, 1991).

1.2.1 Compromisso Organizacional Afetivo

A abordagem do compromisso afetivo é a melhor representada e prevalente nas investigações no âmbito do compromisso organizacional. Esta dimensão, caracterizada pela ligação afetiva e emocional às organizações, permite compreender de que forma o indivíduo se envolve e identifica com a sua organização (Allen & Meyer, 2000). Colaboradores com compromisso afetivo elevado são empenhados na contribuição para o sucesso da organização e estão entusiasmados com o trabalho que concretizam. A permanência na organização deve-se essencialmente à vontade pessoal do indivíduo. (Meyer & Allen, 1996; Meyer & Herscovitch, 2001; Nascimento, 2008).

1.2.2 Compromisso Organizacional de Calculativo (Continuidade/Instrumental)

O compromisso de continuidade tem sido traduzido para o contexto português como calculativo ou instrumental. Nascimento (2008, p.117) refere que a conceção inerente ao conceito “é o facto de o sujeito permanecer na organização devido a um cálculo entre os investimentos que faz e as recompensas que recebe”, optando por utilizar o compromisso calculativo em detrimento do compromisso instrumental ou de continuidade. Neste estudo vamos utilizar o termo compromisso calculativo “por ser aquele que melhor exprime o carácter de cálculo deste tipo de compromisso” (Nascimento, 2008, p.117).

O compromisso calculativo está relacionado com a consciência dos custos associados à saída da organização (Meyer & Allen, 1991). Funcionários com altos índices de compromisso organizacional de continuidade permanecem na organização porque necessitam e não têm outra alternativa ou porque os custos associados à mudança são demasiado elevados (Meyer & Allen, 1991; Meyer & Herscovitch, 2001; Nascimento, 2008). Um compromisso calculativo elevado indica que o colaborador se vai empenhar no seu trabalho apenas para concretização dos seus objetivos pessoais (Nascimento, 2008).

Na literatura sobre o tema subsistem diversas teorias sobre a bidimensionalidade associada a este compromisso, uma vez que diversos autores consideram existir uma dimensão relacionada com a perceção de ausência de alternativas e outra com a perceção de custos elevados de saída (Nascimento, 2008). Não obstante, Meyer e Allen (1997), não consideraram relevante a repartição destas subdimensões, uma vez que os benefícios dessa separação não se revelavam significativos e a fiabilidade da escala é aceitável.

1.2.3 Compromisso Organizacional Normativo

O compromisso normativo reflete o sentimento de obrigação de permanecer na organização (Meyer & Allen, 1991). A relação do indivíduo com a organização tem por base um sentido de responsabilidade moral, levando o colaborador a manter-se na organização enquanto esse sentimento de obrigatoriedade estiver presente. Este tipo de compromisso leva os trabalhadores a ser competentes no seu trabalho, mas sem entusiasmos ou empenho (Nascimento, 2008).

1.3 Compromisso Organizacional em Profissionais de Saúde

O nível de compromisso organizacional dos profissionais de saúde afeta a qualidade do atendimento aos pacientes, a produtividade dos funcionários e a sua eficácia (Fabiene & Kachchhap, 2016).

Diferentes estudos têm sugerido que a rotatividade dos funcionários é um problema crescente nas organizações de saúde de todo o mundo, existindo diversos fatores, como melhores remunerações, desenvolvimento da carreira, falta de instalações, gestão ineficaz, stresse excessivo, respeito dentro das organizações, entre outros, que contribuem para esse fenómeno (Fabiene & Kachchhap, 2016).

Níveis positivos de compromisso organizacional, nas suas diferentes dimensões, estão associados a uma menor rotatividade, absentismo e abandono do trabalhador (Fabiene & Kachchhap, 2016).

Assim, definido o conceito de compromisso organizacional e caracterizado o Modelo Tridimensional de Meyer e Allen utilizado neste estudo, abordaremos o conceito de civilidade.

Vários estudos têm demonstrado que comportamentos de civilidade estão associados de forma positiva ao compromisso organizacional afetivo (Erum, Abid, Contreras, & Islam, 2020; Leiter, Laschinger, Day, & Oore, 2011; Odu & Akhigbe, 2018).

Capítulo 2 – Civilidade

Neste capítulo, apresentamos os termos de civilidade e incivilidade. Posteriormente apresentamos a definição do conceito de civilidade e fazemos referência aos antecedentes e consequências da mesma. Seguidamente é abordado a definição de incivilidade, uma vez que ambos os conceitos se encontram relacionados, bem como os efeitos da mesma. Por último, abordaremos a temática da civilidade em profissionais de saúde.

2.1 Civilidade e Incivilidade

Há mais de uma centena de anos que a literatura científica, em diversas áreas como Psicologia, Política, Direito, Educação, entre outros, investiga as questões relacionadas com a civilidade e a incivilidade, tornando ambos os conceitos tópicos centrais em diferentes teóricas sociais (Martinez *et al.* 2016; Ribeiro, 2018). Mais recentemente, os comportamentos negativos no local de trabalho assumiram um papel importante na literatura existente sobre o comportamento organizacional (Schilpzand *et al.*, 2014).

A pesquisa sobre a civilidade e incivilidade expandiu-se quando a qualidade das interações sociais diárias entre colaboradores foi estabelecida como um determinante da angústia e envolvimento dos funcionários no seu trabalho (Osatuke *et al.*, 2009). Ambos os conceitos são considerados dos principais constituintes do clima organizacional percebido pelos funcionários e, nesse sentido, têm a capacidade de influenciar um conjunto de fatores que podem pôr em causa a produtividade das organizações (Osatuke *et al.*, 2009).

Várias investigações procuraram compreender quais os comportamentos dos colaboradores em contexto laboral e de que forma estes influenciavam as organizações e os indivíduos, centrando-se em problemáticas como o *bullying* ou a supervisão abusiva no trabalho e procurando essencialmente perceber as consequências dos mesmos nas atitudes e bem-estar dos colaboradores (Schilpzand *et al.*, 2014).

2.2 Conceito de Civilidade

Embora se manifestem de várias formas, as normas sobre como as pessoas se devem comportar para viver em cooperação podem ser observadas em todas as comunidades e culturas (Anderson & Pearson, 1999). A civilidade pode ser compreendida como um conjunto de normas de conduta pública, relacionadas a “boas maneiras” (Ribeiro, 2018).

Em todas as organizações existe um conjunto de normas inseridas na própria cultura e identidade da organização, da qual todos os colaboradores fazem parte enquanto exercem funções numa determinada estrutura. Essas normas têm por base padrões morais básicos e outros fatores, que se desenvolvem a partir da tradição e da cultura de um trabalho específico. Os diferentes contextos, ambientes, indústrias e culturas, bem como a própria organização, influenciam as normas singulares de cada estrutura. Em cada local de trabalho existem normas de respeito pelos colegas, uma espécie de entendimento moral compartilhado por todos os colaboradores de uma organização, permitindo o bom funcionamento da mesma (Anderson & Pearson, 1999; Pearson *et al.*, 2000).

Ribeiro (2018) refere que podemos considerar a civilidade como um termo que requer autoconsciência e a automoderação no cumprimento de um conjunto de normas consideradas apropriadas, que têm em vista facilitar e coordenar o panorama social das organizações. O conceito tem uma função social, de carácter evolutivo e diversificado, refletindo a variedade social de diferentes regras que são percebidas por diferentes indivíduos ou grupos.

A civilidade pode ser compreendida como processo interativo que ocorre maioritariamente dentro de um contexto situacional, como um grupo de trabalho ou uma organização e não em momentos estáticos entre indivíduos (Osatuke *et al.*, 2009). O conceito pode também ser entendido como um fator de previsibilidade e constância a nível comportamental, conferindo segurança a interações laborais complexas e frequentes (Ribeiro, 2018).

Para Pearson *et al.* (2000), a civilidade é entendida como um comportamento que ajuda a preservar as normas de respeito mútuo em contexto de trabalho, abrangendo comportamentos que são elementares para a criação de conexões positivas com os outros e construir relacionamentos de empatia.

A civilidade incorpora ideias como o tratamento respeitoso, atencioso, compassivo e afável; interações e relações interpessoais agradáveis e positivas e sentir-se valorizado, reconhecido e apreciado (Porath, 2011).

De acordo com Anderson e Pearson (1999) a civilidade refere-se a comportamentos interpessoais que demonstram respeito e “amor ao próximo”, podendo ser considerada como um comportamento “cortês” e atencioso para com os outros. Os mesmos autores referem que civilidade, como padrão moral, pode ser considerada uma virtude e que comportamentos de civilidade não implicam necessariamente a intenção de beneficiar organização.

Leiter *et al.* (2011) salientam o caráter recíproco da civilidade, referindo que comportamentos de civilidade geram comportamentos de civilidade, estabelecendo-se uma espiral positiva, que aumenta o compromisso dos funcionários com o local de trabalho e a organização como um ambiente onde eles pertencem.

Clark e Carnosso (2008) referem que a civilidade envolve tempo, presença, vontade de começar um discurso genuíno e uma intenção sincera de encontrar um ponto comum e pode ser caracterizada por um respeito autêntico pelos outros quando existe desacordo, disparidade ou controvérsia.

2.3 Antecedentes da Civilidade

Para que a civilidade ocorra, são vários os elementos que devem estar presentes: um ambiente civil que valorize a comunicação com respeito; um remetente e um destinatário da informação; um ponto de vista diferente ou um conflito; disponibilidade para ouvir atentamente, utilizando um discurso respeitoso ao transmitir e receber informações sensíveis; tempo e negociação respeitosa. (Clark & Carnosso, 2008).

De acordo com Martinez *et al.* (2016) a civilidade contém a expectativa de abertura, permanência e recriação de um espaço onde os agentes possam regular e reconhecer os seus conflitos.

Comportamentos de civilidade surgem em ambientes de aceitação, onde os indivíduos podem expressar as suas opiniões, crenças ou pontos de vista diferentes livremente, através de um esforço genuíno para negociar um resultado mutuamente valorizado. A falta de comunicação e não colocar em prática os elementos debatidos pode condicionar a presença de civilidade (Clark & Carnosso, 2008).

A civilidade é influenciada pela intenção do comportamento, pelo contexto em que o mesmo ocorre e pelas atitudes e crenças do recetor desse comportamento (Clark & Carnosso, 2008).

2.4 Consequências da Civilidade

Clark e Carnosso (2008) referem que as consequências ideais da civilidade incluem um ambiente civil que conduza a uma comunicação assente no respeito, prolongando no tempo, onde

o remetente e o destinatário se unem num diálogo agradável, sem receio de comunicar informação sensível e que exista a apreciação de vários pontos de vista (Martinez *et al.*, 2016).

A civilidade no local de trabalho gera relacionamentos interpessoais positivos, estando associada a uma maior eficácia, compromisso e satisfação profissional. Melhorar o ambiente social nos locais de trabalho pode traduzir-se em resultados mais produtivos, levando a atitudes de trabalho mais positivas, menos exaustão, intenção de rotatividade e absenteísmo, efeitos benéficos para os indivíduos (Leiter *et al.*, 2011).

Interações civis, como sentir-se ouvido, ser reconhecido e questionado com humildade, geram sentimentos positivos de si mesmo, como orgulho ou dignidade. Quando tratados com respeito, os indivíduos sentem-se valorizados e poderosos, levando a esses sentimentos positivos que ajudam a construir e solidificar relacionamentos. As pessoas beneficiam psicologicamente da interação com outros que lhes proporcionem segurança, estima e confiança (Porath *et al.*, 2015).

Em ambientes e grupos de trabalho com elevados níveis de civilidade, os funcionários sentem-se mais conectados aos seus colegas e têm mais energia e motivação. Em equipas que praticam civilidade, os membros sentem-se mais confortáveis em partilhar informações e ideias, colaborar de forma mais criativa, potencializando o crescimento e aumentando o sentimento de segurança (Porath, 2011).

2.5 Conceito de Incivilidade

Para compreender de forma mais abrangente o bem-estar associado ao trabalho e os mecanismos que se encontram por trás de comportamentos de civilidade, é importante incluir medidas positivas e negativas das relações sociais (Leiter *et al.*, 2011).

A civilidade e a incivilidade não são conceitos inversos, no entanto, uma das condições fundamentais para surgir civilidade é a inexistência de comportamentos incivis (Porath, 2011; Ribeiro, 2018). Derivado ao papel essencial que as relações sociais no trabalho têm nos colaboradores, a incivilidade no local de trabalho pode ter consequências extensas nas dinâmicas das organizações (Leiter *et al.*, 2011).

Anderson e Pearson (1999, p.457) definem a incivilidade como “um comportamento desviante de baixa intensidade, com intenção ambígua, que viola as normas do trabalho para respeito mútuo”. A incivilidade pode ser caracterizada como comportamentos, verbais e não-verbais, rudes ou insensíveis, sem consideração e respeito pelos outros. Os mesmos autores

consideram que um comportamento de incivilidade numa determinada organização pode não ser universalmente compreendido como tal, não obstante, existe um entendimento comum de que a incivilidade no local de trabalho pode ser conceptualizada como um comportamento que perturba o respeito mútuo na organização (Anderson & Pearson, 1999; Pearson *et al.*, 2000).

A incivilidade difere da agressão psicológica devido à carência de intencionalidade clara e consciente de quem a pratica. Na prática, importa salientar que comportamentos de incivilidade podem estar relacionados a fatores como ignorância, negligência, personalidade, aspetos comportamentais e contextuais, mas também está relacionada com o poder, preconceito ou desprezo pela autoridade e pelas normas (Anderson & Pearson, 1999; Cortina, 2008; Schilpzand *et al.*, 2014).

Cortina (2008) salienta que a incivilidade é uma das formas mais disseminadas de comportamento antissocial nas organizações. A autora refere que para que um comportamento seja considerado incivilidade, a intenção prejudicial deve ser ambígua para uma ou mais das partes envolvidas. Não obstante, as consequências da incivilidade não são dúvidas. Colaboradores que são alvo de comportamentos de incivilidade no trabalho, relatam maior stresse, distração cognitiva e insatisfação relacionados com o trabalho, bem como menor criatividade e cooperação e maior sofrimento psicológico, acabando por perder, ao longo do tempo, o compromisso com as organizações.

Clark (2019) afirma que a incivilidade não é apenas o que fazemos, mas também o que não fazemos quando a mesma ocorre. O autor refere que atos de incivilidade entre funcionários podem incluir comportamentos não-verbais, como revirar os olhos, ignorar, recusar-se a ouvir e ir embora; comportamentos mais abertos, como fazer comentários arrogantes, rudes ou depreciativos ou excluir deliberadamente os outros e deixar de agir quando justificado, como reter informações importantes, recusar ajudar um colega, ou ficar em silêncio quando outros são tratados com desrespeito.

A incivilidade no local do trabalho tem consequências adversas reais para funcionários, grupos de trabalho e organizações (Pearson *et al.*, 2000). As reações cognitivas e afetivas a comportamentos de incivilidade influenciam, negativamente, a saúde ocupacional, psicológica e física dos alvos. A incivilidade perturba significativamente as relações interpessoais no trabalho, prejudicando a cooperação e corrompendo o tecido social das organizações. As consequências individuais têm repercussões financeiras para os empregadores, uma vez que devem absorver

custos como decréscimo de produtividade, licenças médicas, acidentes de trabalho, entre outros (Cortina, 2008; Nitzsche, 2015).

2.6 Civilidade em Profissionais de Saúde

Empiricamente, poucas pesquisas focam a civilidade, existindo, maioritariamente, estudos concentrados nos efeitos negativos da incivilidade, em vez dos benefícios da civilidade. Um dos efeitos mais preocupantes da incivilidade é as suas consequências na saúde (Porath, 2011).

As incivildades no local de trabalho, bem como os comportamentos agressivos relacionados, têm um impacto significativo e de longo alcance, não só na vida dos profissionais de saúde, mas também nos familiares e pacientes, afetando os próprios alvos, mas também observadores (Clark, 2019).

Relações interpessoais negativas no local de trabalho, incluindo a incivilidade, tendem a estar relacionadas a resultados negativos dos funcionários, como diminuição da saúde mental, stresse no trabalho, aumento dos sintomas somáticos e exaustão emocional (Leiter *et al.*, 2011). Estas relações, prejudicadas pela incivilidade, podem contribuir para ambientes de trabalho insalubres que, em última análise, têm um impacto negativo na qualidade e segurança do atendimento prestado (*American Nurses Association*, 2015).

No setor da saúde, a crescente pressão e stresse no trabalho, a instabilidade social e a deterioração das relações pessoas perpetuam comportamentos incivis (*International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, and Public Services International*, 2002). As consequências negativas impactam fortemente os serviços de saúde, uma vez que os funcionários desta área são o principal veículo de prestação de serviços (Osatuke *et al.*, 2009)

No âmbito da saúde, avaliar os estatutos, os efeitos organizacionais e os mecanismos para aumentar a civilidade é fundamental, uma vez que os níveis de civilidade estão têm um forte impacto nos resultados na área da saúde. Criar e manter a civilidade organizacional, através da utilização de estratégias baseadas em evidências, de forma a estruturar práticas e iniciativas adequadas e eficazes, é uma consideração essencial para todos os ambientes de saúde (Clark, 2019).

Desta forma, apresentados os conceitos de civilidade e incivilidade no local de trabalho, bem como os antecedentes e consequências dos mesmos nos indivíduos, no capítulo seguinte abordaremos a saúde mental, colocando o foco na saúde mental nas organizações.

Como referido anteriormente, a baixa qualidade das relações interpessoais em contexto laboral está associada a problemáticas como o stresse ou a depressão e consequentemente a uma diminuição da saúde mental dos trabalhadores (Leiter *et al.*, 2011). Rmarajan e Barsade (2006) referem que o clima organizacional de respeito está inversamente relacionado com o *burnout*.

Capítulo 3 –Saúde Mental

Neste capítulo iremos abordar a temática da saúde mental, com foco na sua definição e características. Posteriormente centramo-nos na saúde mental no âmbito do trabalho, apresentando uma breve descrição dos riscos psicossociais inerentes ao mesmo. Por fim, abordaremos a temática da saúde mental em profissionais de saúde.

3.1 Conceito de Saúde Mental

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), a saúde mental é um conceito que engloba vários constructos como “bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida, autonomia, competência, dependência intergeracional e reconhecimento da capacidade de realizar o potencial intelectual e emocional” (*World Health Organization*, 2003, p.7). A mesma organização considera que a saúde mental é uma componente integral e fundamental da saúde, determinada por um conjunto de fatores psicológicos, biológicos, socioeconómicos e ambientais, não estando somente associada à inexistência de perturbações mentais (*World Health Organization*, 2018).

A Direção Geral de Saúde defende que a saúde mental é a capacidade que o ser humano demonstra em se adaptar e ajustar a novas circunstâncias e mudanças; superar e resolver crises, conflitos e perdas afetivas e emocionais; reconhecer as fronteiras do seu mal-estar; sonhar, ser criativo e ter sentido de humor, com crítica e sem perder a conexão com a realidade e estabelecer relações positivas e ter projetos e objetivos de vida (Direção Geral de Saúde, s.d.)

Mohamed Ibrahim *et al.* (2020) conceptualizam a saúde mental como um constructo de três componentes que, quando alteradas, potencializam o desenvolvimento de uma perturbação mental: o bem-estar emocional, que envolve a felicidade, satisfação e interesse pela vida; o bem-estar psicológico, que está relacionado com o gostar de grande parte da própria personalidade, ter relacionamentos positivos, gerir as diferentes responsabilidades da vida diária e satisfação com a própria vida e o bem-estar social, que implica o funcionamento positivo e o envolvimento e contributo na comunidade ou sociedade (Galderisi *et al.*, 2015).

3.2 Saúde Mental e o trabalho

A relação entre o trabalho e a saúde tem sido objeto de estudo por investigadores do âmbito da Psicologia, Psiquiatria, Antropologia, Sociologia, Administração, etc (Faria, 2008). As questões relacionadas com a saúde mental no trabalho, bem como as suas causas e consequências, têm

assumido gradualmente uma maior importância por parte de governos e organizações, uma vez que a sua grande incidência e prevalência resulta em perdas não só para os indivíduos, mas também para as entidades empregadoras (Guimarães & Grubits, 2004).

Os trabalhadores encontram-se expostos a diversos fatores de risco durante o desempenho das suas funções, que podem influenciar o seu bem-estar e condicionar o desempenho dos resultados obtidos, levando a consequências negativas para os trabalhadores e para as organizações. Estes riscos podem ser químicos, como resultado de fumos, vapores, líquidos, entre outros; físicos, como por exemplo o ruído, a temperatura e a visibilidade; biológicos, tais como bactérias, vírus e infestações; psicológicos, resultantes do stress e da pressão; associados à não aplicação dos princípios ergonómicos e os que decorrem de práticas de trabalho deficientemente organizada (Inspeção Geral das Atividades em Saúde, 2018).

Não obstante, o mundo organizacional e do trabalho tem sofrido um grande impacto e diversas transformações ao longo das últimas décadas (Guimarães & Grubits, 2004). Essas alterações, consequentes do capitalismo, dos avanços tecnológicos, do processo de globalização financeira, da competitividade, entre outros, forçaram os trabalhadores a aumentar os níveis de desempenho e produtividade, de forma a corresponder ao crescimento e desenvolvimento económico e social existente, originando novos riscos no campo da saúde ocupacional (Chagas, 2015; *European Agency for Safety and Health at Work*, 2007; Vasconcelos & Faria, 2008; Kendall & Muenchberger, 2009).

3.1.1 Saúde Mental e o trabalho – riscos psicossociais

A Organização Internacional do Trabalho caracteriza os riscos psicossociais, por um lado, como interações entre o trabalho, a satisfação com o mesmo, o seu meio ambiente e as condições da organização e por outro, as capacidades do trabalhador, bem como as suas necessidades, cultura e situação pessoal fora do contexto laboral. A interação destes fatores, através de experiências e perceções, pode influenciar a saúde, rendimento e satisfação no trabalho (*International Labour Organization*, 1986, p.3).

Leka, Griffiths e Cox (2003, p.6) realçam um conjunto de nove categorias de riscos que promovem o stress no trabalho:

- o conteúdo do trabalho, que inclui a monotonia das tarefas, a falta de variedade nas mesmas e o desempenho de funções pouco estimulantes, desagradáveis e aversivas

- a carga e o ritmo do trabalho, que está relacionado com a quantidade de tarefas a concretizar e com o trabalhar sob a pressão de tempo;
- o horário de trabalho, que abrange os sistemas de turno mal projetados, horários rígidos, inflexíveis e imprevisíveis e horários longos e de pouco contacto social;
- a participação e controlo, que abarca a falta de participação em tomadas de decisão e falta de controlo sobre método, ritmo e ambiente de trabalho, entre outros;
- o desenvolvimento da carreira e remuneração, que envolve falta de segurança no trabalho, perspectivas de promoção, sistemas de avaliação de desempenho pouco claros, qualificação para a função, etc;
- a função na organização, que reúne fatores como a falta de clarificação da função, funções conflituantes, responsabilidade pelas pessoas e lidar continuamente com elas e os seus problemas;
- as relações interpessoais no trabalho, que implica a supervisão inadequada, imprudente ou sem apoio, relações pouco positivas com os colegas, intimidação, assédio e violência, trabalho isolado, etc.;
- a cultura organizacional, onde se encontra inserida a falta de comunicação, má liderança e falta de clareza sobre objetivos e estrutura organizacional;
- a interação da díade trabalho-casa, que está relacionada com situações conflituantes de trabalho em casa, falta de apoio para problemas domésticos no trabalho e vice-versa.

Os riscos psicossociais, a par do stresse, violência, assédio e intimidação no local de trabalho são vastamente reconhecidos como os grandes desafios para a saúde ocupacional (*European Agency for Safety and Health at Work*, 2007). São várias as evidências de que os riscos psicossociais do trabalho contribuem para um amplo leque de distúrbios na saúde dos trabalhadores, sendo clara a ligação entre perturbações psicológicas, comportamentais e somáticas e as condições de trabalho stressantes e pouco recompensadoras (*International Labour Organization*, 1986).

A exposição a riscos psicossociais tem consequências a nível individual e organizacional. Os efeitos destes riscos para os trabalhadores podem ocorrer a nível fisiológico, como por exemplo problemas cardiovasculares e músculo-esqueléticos, a nível mental, por exemplo depressão e *burnout*, ou a nível psicológico, por exemplo cansaço e agressividade (Chagas, 2015).

3.3 Saúde Mental em Profissionais de Saúde

A maioria dos trabalhos gera algum nível de stresse e tensão, no entanto, os profissionais de saúde trabalham em ambientes emocionalmente exigentes, estando particularmente vulneráveis a uma severa exaustão e tensão psicológica (Moore & Cooper, 1996).

Há uma variedade de fatores de stresse nos locais de trabalho dos profissionais de saúde que aumentam o risco de sofrimento e exaustão, como a carga do trabalho, a resposta emocional no contacto com pacientes em sofrimento e conflitos organizacionais. São vários os estudos que demonstraram que os níveis de angústia, insatisfação e esgotamento no trabalho são bastante elevados em profissionais de saúde (Ruotsalainen *et al.*, 2014).

Apresentado o conceito de saúde mental e explorados os principais desafios existentes ao nível da saúde mental no mundo do trabalho, no próximo capítulo debruçar-nos-emos sobre as Comunidades Terapêuticas.

As Comunidades Terapêuticas oferecem um ambiente residencial para pessoas dependentes de substâncias psicoativas, tendo como objetivo uma mudança total no estilo de vida dos indivíduos através da abstinência de drogas e do desenvolvimento de competências pessoais e sociais de forma a promover estilos de vida mais saudáveis e livres de drogas (De Leon, 1995).

Capítulo 4- Comunidades Terapêuticas

Neste capítulo faremos uma breve revisão sobre a história das Comunidades Terapêuticas e abordaremos o conceito, caracterização, objetivos, população-alvo e profissionais das mesmas.

4.1 Breve História das Comunidades Terapêuticas

As Comunidades Terapêuticas, como modalidade de tratamento, podem ser encontradas, no decorrer da história, numa variedade de populações e ambientes, incluindo pessoas dependentes de substâncias químicas, mas também crianças e jovens, distúrbios de personalidade e prisões (Vanderplasschen *et al.*, 2014).

A heterogeneidade e a falta de consenso sobre a definição e descrição dos elementos e princípios fundamentais de atuação, tornou o percurso destas organizações complexo, com evoluções e retrocessos, utilizando muitas vezes princípios e formas de intervenção não científicas (Vanderplasschen *et al.*, 2014).

4.1.1 Europa

O termo “Comunidade Terapêutica” foi utilizado pela primeira vez em 1946, pelo psiquiatra britânico Tom Main, numa descrição das experiências “*Northfield II*”, da Segunda Guerra Mundial, onde os processos de grupo eram utilizados terapeuticamente, em soldados vítimas de distúrbios da guerra (*European Monitoring for Drugs and Drug Addiction*, 2014). Assim, inicialmente, as Comunidades Terapêuticas foram a resposta alternativa à ineficácia das instituições psiquiátricas em dar resposta a pessoas com diversos problemas de saúde mental, só posteriormente se transformaram uma rede de apoio e tratamento para pessoas dependentes de substâncias psicoativas (Sommer, 2011).

Na Europa, a história das Comunidades Terapêuticas nasce nos hospitais psiquiátricos em Inglaterra, durante a Segunda Guerra Mundial, nas experiências de Maxwell Jones, no campo da psiquiatria social, com soldados vítimas de traumas de guerra e problemas psiquiátricos, tendo em vista a reabilitação psicossocial dos mesmos, num ambiente seguro (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011; Sommer, 2011).

Maxwell Jones era psiquiatra e foi considerado o grande criador das Comunidades Terapêuticas democráticas. Estas tinham por base métodos grupais e o envolvimento dos técnicos, famílias e dos próprios doentes naquilo que designava a “potencialização da cura” e da

transformação. Na década de 1940, no Hospital Belmont, Jones reorganizou a sociedade hospitalar tradicional, diluindo a hierarquia existente na administração hospitalar, deixando ao cargo destas organizações sociais, através da sua própria natureza terapêutica e autogestão, a responsabilidade do resultado terapêutico. Este conceito de Comunidade Terapêutica foi depois transportado e ajustado a projetos fora do ambiente hospitalar (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011; Sommer, 2011; Vieira, 2007).

4.1.2 Norte Estados Unidos da América

Na América do Norte, destacam-se vários movimentos que ainda hoje fazem parte do panorama mundial no que diz respeito à reabilitação na área da toxicodependência. Em primeiro lugar podemos evidenciar o chamado “Grupo de Oxford”, nascido em meados de 1920, uma organização religiosa que se dedicava a implementar valores evangélicos considerados essenciais como a honestidade, pureza, altruísmo, entre outros, baseados nos ensinamentos da Bíblia, a pessoas com problemas relacionados não só com o consumo de substâncias psicoativas, mas também distúrbios mentais, consideradas espiritualmente erodidas. Alguns dos principais conceitos ligados às Comunidades Terapêuticas e que atualmente permanecem na base da intervenção destas respostas, como o companheirismo, a autoanálise ou o cuidado mútuo, nascem nesta fase e eram as ideias predominantes deste grupo (Sommer, 2011; Vieira, 2007).

Posteriormente, foram os Alcoólicos Anónimos (AA), que assumiram uma grande influência na metodologia ainda hoje empregue nas Comunidades Terapêuticas (Sommer, 2011). Em 1935, Bill Wilson, corretor da bolsa de Nova Iorque e Bob Smith, médico cirurgião, fundaram um grupo que nasceu da sua própria necessidade de cessar os consumos excessivos de álcool que ambos mantinham. Influenciados pelos grupos de Oxford, com quem preservavam ligações indiretas, os dois Americanos encontraram nas suas conversas de entreajuda o caminho para uma filosofia de vida baseada na abstinência (Reis, Silva & Castro, 2016; Sommer, 2011).

Desta forma criaram uma comunidade para ajudar pessoas com problemas de alcoolismo, assentes nos princípios contemplados no modelo de 12 passos e nas 12 tradições, onde acreditar que existe algo superior à dependência e ao próprio ser humano é fundamental, sendo que, este “poder superior” não tem de estar necessariamente ligado a Deus. Estes modelos têm como princípios basilares a perda de controlo da pessoa em relação à substância, a entrega a um “poder superior”, a autoanálise, a busca de um “poder superior” com capacidade para a substituir a

substância, a reparação de danos causados a outros, a partilha em grupo, a oração e a ajuda a outros consumidores ativos (Reis, Silva & Castro, 2016; Sommer, 2011).

Num terceiro momento, e talvez a maior influência daquilo que são na atualidade as Comunidades Terapêuticas, foi a organização Synanon. Fundada por Charles Dederich, alcoólico em recuperação, nos Estados Unidos da América. A Comunidade Alternativa de Ensino e de Vida, como era designada, foi a primeira estrutura residencial, fora do contexto hospitalar, com um programa específico, intensivo e rígido, assente em conceitos e práticas diferenciadas e direcionadas para esta população (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011; Sommer, 2011; Tinoco, 2006; Vieira, 2007).

A Synanon criou uma metodologia, tingida pelos grupos anteriormente referenciados e pelas influências filosóficas e psicológicas daquela época, que tinha como fim não só a sobriedade, mas também a mudança e transformação do indivíduo, do seu funcionamento psicológico, estilo de vida e ambiente social, através da vivência comunitária. No entanto, com o passar dos anos, a história desta organização, vincada pelo sucesso e reconhecimento inabalável, ficaria também marcada por uma atitude dogmática, assente num culto e numa ideologia inflexível, com uma estrutura hierárquica liderada por um patriarca de superioridade moral, que tinha como objetivo a angariação de indivíduos que pudessem mais tarde expandir as suas convicções filosóficas (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011; Sommer, 2011; Tinoco, 2006 ; Viera, 2007).

Por fim, nasce a Daytop Village, em Nova Iorque, fundada em 1963 pelo padre William O'Brien e por David Deitch, que acabam por aperfeiçoar, integrar e fundir vários princípios das experiências abordadas nos parágrafos anteriores. Esta Comunidade Terapêutica, que passa a contemplar uma visão diferente do doente e da instituição que o acolhe, alicerça-se em pilares como a importância do grupo como modalidade terapêutica, acreditar que cada indivíduo tem dentro de si próprio a capacidade de mudança e que a potencialização da transformação é promovida através das relações intersubjetivas. Daytop torna-se assim a principal matriz daquilo que seria o futuro das Comunidades Terapêuticas (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011; Sommer, 2011; Tinoco, 2006; Vieira, 2007).

4.2 Atualidade das Comunidades Terapêuticas na Europa

No panorama atual das Comunidades Terapêuticas, continuam evidentes muitas das conceções descritas nos parágrafos anteriores, porém a evolução trouxe novos conhecimentos e

ferramentas que permitem lidar, de uma forma mais ajustada e eficaz, com a problemática do abuso de substâncias psicoativas e dar a estes indivíduos novas respostas e novos caminhos, para uma vida saudável e livre de drogas (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011).

Na história destas organizações, existiram diversos fatores que influenciaram as modalidades de tratamento adotadas, como prioridades políticas ou diferenças culturais, tornando a implementação heterogênea. No entanto, de forma geral, nos últimos 50 anos, as Comunidades Terapêuticas evoluíram de modelos genéricos, a longo prazo, para modelos mais curtos e específicos. Neste sentido, existiu um diversificado conjunto de transformações, não só no que diz respeito à realidade social e população-alvo destas organizações, como também relativamente ao tipo de substâncias consumidas e às diferentes realidades clínicas associadas aos consumos, mas principalmente devido à evolução das políticas públicas relativas à toxicodependência (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011; Vanderplasschen *et al.*, 2014).

Os modelos adotados nas Comunidades Terapêuticas também se foram modificando no passar das décadas. Os ex-toxicodependentes que outrora assumiram a monitorização e dinâmica destas instituições, foram dando lugar equipas com profissionais especializados da área da saúde, como médicos, psicólogos, psiquiatras e enfermeiros, e da área social, como técnicos de serviço social ou educadores sociais, incluindo desta forma vários serviços no âmbito da saúde física e mental, bem como na área da educação (*Center for Substance Abuse Treatment*, 1999).

4.3 Comunidades Terapêuticas – definição e caracterização

De acordo com o Instituto da Droga e da Toxicodependência (2011, p.9) as Comunidades Terapêuticas são “Unidades Especializadas de Tratamento Residencial de longa duração, em regime de internamento, onde através de apoio psicoterapêutico e socioterapêutico se procura ajudar à reorganização do mundo interno dos toxicodependentes...”. Desta forma, podemos afirmar que são “espaços residências, destinados a promover a reabilitação biopsicossocial do doente toxicodependente, mediante um programa terapêutico articulado em diferentes fases”.

O termo Comunidade Terapêutica está internacionalmente associado a um conjunto de tradições e abordagens de tratamento residencial, que compartilham a ideia de utilizar relações interpessoais e dinâmicas ocupacionais estruturadas num ambiente social, propositadamente projetado, de forma a promover mudanças sociais e psicológicas nos indivíduos com comportamentos aditivos. Estes espaços oferecem um ambiente livre de drogas, promover

mudanças e possibilitar que levem uma vida sem estupefacientes na sociedade externa. A principal característica distintiva das Comunidades Terapêuticas é o uso da “Comunidade” como agente fundamental da mudança (“comunidade como método”) (Arnau, 2010; Vanderplasschen *et al.*, 2014; Sommer 2011).

Estas organizações são estruturadas através de uma hierarquia, constituída por uma equipa multidisciplinar, sob supervisão psiquiátrica e integram um conjunto de respostas, agregadas a uma dinâmica comunitária, orientada por um programa terapêutico especializado. São sistemas altamente organizados, com um conjunto de horários, limites, normas, regras e funções rigorosamente definidas (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011).

As Comunidades Terapêuticas funcionam num regime de internamento de longa duração, semiaberto, distinguindo-se do contexto hospitalar/ambulatório, permitindo a rutura com o meio, hábitos e rotinas relacionadas com os consumos, facilitando a reestruturação do doente toxicodependente, em todos os campos da sua existência (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011).

4.4 Objetivos

Alguns dos princípios fundamentais subjacentes à intervenção em Comunidades Terapêuticas são: desenvolver um espaço que permita ao sujeito a construção da sua história pessoal, de forma a conseguir refletir sobre esta, reorganizando-a e reconhecendo as áreas de mudança necessárias; modificar os padrões e modelos negativos, não só a nível comportamental, mas também ao nível emocional, que potencializam o consumo de drogas; promover e desenvolver a capacidade de criar e manter relações saudáveis; desenvolver e consolidar competências pessoais e sociais tendo em vista um projeto de vida adequado à realidade do indivíduo; elaborar um plano individual de reinserção realista tendo como perspetiva a inserção social do sujeito (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011).

Estes objetivos visam a promoção do autocontrolo sobre o consumo de substâncias psicoativas e o desenvolvimento das competências pessoais e sociais, tendo como fim a inserção e autonomização do indivíduo (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011).

4.5 População-Alvo

Como referido nos parágrafos anteriores, as Comunidades Terapêuticas são organizações que proporcionam um conjunto de respostas integradas ao nível do tratamento dos comportamentos aditivos e dependências (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011).

O fenómeno da toxicodependência sofreu várias mutações ao longo das décadas, quer ao nível do tipo de substâncias consumidas, quer ao nível dos consumidores, originando, desta forma, novos padrões de consumo e novas problemáticas associadas à toxicodependência (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011). As Comunidades Terapêuticas englobam atualmente um conjunto muito variado de perfis e diagnósticos, onde, em muitos casos, a adição é meramente circunstancial (Arnau, 2010).

Presentemente, são várias as novas subpopulações identificadas com problemas relacionados com o abuso e dependência de drogas que acrescem às já conhecidas. Esta evolução levou a uma necessidade de transformação das respostas de intervenção existentes, de forma a adaptar e especializar os programas terapêuticos, de acordo com estas populações específicas, correspondendo às necessidades que estes grupos acarretam (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011).

Assim, as Comunidades Terapêuticas adequaram os seus modelos terapêuticos aos problemas particulares de grupos de indivíduos mais vulneráveis, procurando, desta forma, corresponder às suas necessidades, criando Programas Específicos para Jovens, Grávidas, Dependentes de Álcool, Utentes com Doença Mental Grave Concomitante, Utentes de Evolução Prolongada (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011; Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, s.d.).

4.6 Profissionais de saúde em Comunidades Terapêuticas

As Comunidades Terapêuticas dispõem de uma equipa técnica multidisciplinar que embarca profissionais de saúde física e mental e da área social e educativa, tendo como objetivo o cruzamento dos saberes de diferentes âmbitos do conhecimento, na abordagem à realidade complexa e subjetiva de cada indivíduo, de forma a construir um projeto terapêutico assente numa visão compreensiva e holística, que permita responder às necessidades específicas de cada sujeito (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011; Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, s.d.).

A constituição dos recursos humanos destas instituições é variada, uma vez que a legislação existente é escassa no que diz respeito aos diferentes profissionais que devem integrar estas respostas. De acordo com o Decreto-Lei 16/99, que “regula o licenciamento, o funcionamento e a fiscalização do exercício da atividade das unidades privadas que atuem na área da toxicodependência”, é indispensável que a direção técnica seja assumida por um profissional de saúde, sob a supervisão de um médico psiquiatra. Não obstante, para o funcionamento dos seus serviços, estas unidades devem ter permanentemente “profissionais de saúde e pessoal técnico devidamente habilitados e com formação adequada, em número necessário para as atividades a desenvolver” (Decreto Lei no 16/99 de 25 de janeiro do Ministério da Saúde, 1999), não sendo concreto qual o número ou habilitações destes mesmos profissionais.

Neste sentido, as equipas destas organizações acabam por ser construídas de acordo com as necessidades das próprias Comunidades Terapêuticas, sendo habitualmente constituídas por uma equipa técnica, que embarca médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros; por uma equipa de monitorização e dinamização, onde estão incluídos educadores sociais e monitores, os últimos podem ou não ter formação superior e, em grande parte, são ex-utentes de Comunidades Terapêuticas; por uma equipa de serviços gerais, formada por cozinheiros, jardineiros, motoristas, etc; por uma equipa de serviços complementares, como serviços administrativos, contabilidade, secretariado, etc. Em alguns casos, e porque a componente religiosa se encontra muitas vezes ligada a este tipo de organizações, podem encontrar-se também serviços religiosos e espirituais (Arnau, 2010).

É importante salientar que, dado o contexto terapêutico vivenciado nestas instituições, todos os profissionais que participam na dinâmica diária das mesmas fazem parte da equipa multidisciplinar e devem atuar de acordo com essa perspetiva (Arnau, 2010).

Em suma, podemos concluir que as Comunidades Terapêuticas são organizações de grande relevância no que diz respeito à intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências. Apesar dos progressos existentes neste âmbito, estas respostas carecem ainda de muito apoio, não só ao nível legislativo, económico e estrutural, mas também ao nível da orientação técnica, formação e especialização dos seus profissionais. Este estudo tem como foco os níveis de compromisso, civilidade e saúde mental dos trabalhadores destas Comunidades, contribuindo assim para uma melhor perceção e entendimento dos recursos humanos destas organizações, bem

como para uma maior compreensão relativamente à qualidade das relações estabelecidas entre estes trabalhadores e dos mesmos com as respetivas organizações.

Posto isto, no próximo capítulo iremos abordar várias pesquisas ao nível internacional que relacionam as três variáveis em estudo.

Capítulo 5- Compromisso Organizacional, Civilidade e Saúde Mental

Neste capítulo iremos abordar os vários estudos realizados a nível internacional, relativamente ao Compromisso Organizacional e Saúde Mental, Compromisso Organizacional e Civilidade e, por último, entre a Civilidade e a Saúde Mental.

5.1. Compromisso Organizacional e Saúde Mental

Existem diversos estudos que defendem a existência de uma relação direta entre compromisso organizacional e saúde mental (Cai-feng, 2010; Chirumbolo & Hellgreen, 2003; EntesarFormany & Dansdost, 2014; Jamal, 1981; Mathieu, 1989).

Em termos de causalidade, a saúde mental dos funcionários tem sido considerada, desde há muito, na literatura como tendo uma influência direta no compromisso organizacional, embora existam poucos estudos que a relatam. Por exemplo, Jackson e Banks (1980) e Kamau, Medisanskaite e Lopes (2014) concluíram que a saúde mental é um precursor do compromisso organizacional. Stafford, Jackson e Banks (1980) retiram a mesma conclusão, numa amostra de trabalhadores não qualificados. Jackson (1983) referiu que a saúde mental tem um impacto negativo no absentismo e na intenção de deixar a organização.

Chirumbolo e Hellgren (2003) realizaram um estudo em quatro países europeus, com o objetivo observar se as consequências a curto prazo ao nível da satisfação no trabalho e do compromisso organizacional medeiam o impacto da insegurança no trabalho em medidas de longo prazo, como a intenção de deixar a organização e a saúde mental. Os autores concluíram que a insegurança no trabalho tem impacto no compromisso organizacional a curto prazo e o compromisso organizacional tem impacto na saúde mental a longo prazo. Adicionalmente, importa referir que a relação entre compromisso organizacional e saúde mental foi encontrada nos quatro países estudados.

Num outro estudo, os autores encontraram que o compromisso organizacional moderou algumas das relações entre as condições ambientais (incluindo ventilação, espaço, iluminação, temperatura, ruído, poluição do ar e liberdade de locomoção no trabalho) e saúde mental (Donald, & Siu, 2001).

Como existem poucos estudos que estudam relações de causalidade entre o compromisso organizacional e a saúde mental, como medida geral, foi alargada a pesquisa para estudos que se focassem em algumas das mais comuns patologias na área da saúde mental.

Relativamente ao *burnout*, Leiter e Maslach (1988) referiram que níveis elevados de *burnout* estavam relacionados com a diminuição do compromisso organizacional, que também estava relacionado a aspetos do ambiente interpessoal da organização. Cannon e Herda (2016), num estudo mais recente, referem também que existir uma relação negativa entre *burnout* e compromisso organizacional. Um outro estudo (Nagar, 2012) concluiu que os três fatores de *burnout* (despersonalização, realização pessoal reduzida e exaustão emocional) são antecedentes da satisfação no trabalho de 153 professores universitários, diminuindo-a, e que o aumento da satisfação no trabalho influencia positivamente o compromisso dos funcionários com a sua organização. Por outro lado, Cho *et al.* (2006) referiram que a exaustão emocional tem um efeito negativo direto no compromisso organizacional.

O estudo de Maslach (1982) mostrou que a exaustão emocional e a realização pessoal têm uma influência direta no compromisso organizacional, e que a exaustão também mostrou um efeito indireto por meio da despersonalização, mas a despersonalização em si não contribuiu diretamente para as pontuações de compromisso, numa amostra de enfermeiros. Brown e Roloff (2011) descobriram que elevados níveis de *burnout* levam à diminuição do compromisso, especialmente quando não está associado a contratos psicológicos.

Existem assim, estudos que relatam que o *burnout* é preditor do compromisso organizacional, mas outros que mostram que o compromisso organizacional é preditor do *burnout*. Enquanto alguns investigadores (Jackson, Turner, & Brief, 1987; Leiter, 1993; Leiter & Maslach, 1988), afirmam que o *burnout* pode levar a uma diminuição no compromisso organizacional, outros investigadores (Kalliath, O'driscoll, & Gillespie, 1998) apontaram que o compromisso organizacional tem efeitos diretos e indiretos no *burnout*. O estudo conduzido por Kalliath, O'driscoll e Gillespie (1998) mostra que o compromisso organizacional tem efeitos diretos e indiretos sobre o *burnout*, nomeadamente o compromisso tem efeitos diretos sobre a exaustão emocional e despersonalização, e um efeito indireto mais fraco sobre despersonalização.

No que concerne a outras patologias, Reevy e Deason (2014) encontram uma relação estatisticamente significativa entre compromisso organizacional e depressão, ansiedade e stresse. Shanker e Sayeed (2015) também encontraram uma relação estatisticamente significativa entre compromisso organizacional e depressão. Contudo, não foram encontrados muitos estudos sobre esta relação.

Eva *et al.* (2019) referem ainda que quando existe bem-estar dos trabalhadores, eles apresentam maior compromisso organizacional e são mais eficazes no seu trabalho.

5.2. Compromisso Organizacional e Civilidade

A expectativa dos funcionários de um tratamento respeitoso por parte dos colegas, clientes e gestão torna a civilidade a qualidade final de uma cultura organizacional (Porath, Gerbasi, & Schorch, 2015).

Na literatura tanto é reportada uma relação positiva e significativa entre civilidade e compromisso afetivo (Erum, Abid, Contreras, & Islam, 2020; Leiter, Laschinger, Day, & Oore, 2011; Odu & Akhigbe, 2018), como uma relação negativa e significativa entre incivilidade e compromisso afetivo (Smith, Andrusyszyn, & Laschinger, 2010).

5.3. Civilidade e Saúde mental

A civilidade protege contra o stresse, *burnout* e comportamentos contraproducentes, assim como também gera sentimentos positivos, atitudes de trabalho, confiança, comportamentos úteis e bem-estar (Porath, 2011). Interações civis, como sentir-se ouvido, receber reconhecimento, crédito ou agradecimento e ser questionado com humildade gera sentimentos positivos, como orgulho, estima ou dignidade (Lawler, 2001; Roberts, 2007). Quando tratados com respeito, os indivíduos sentem-se valorizados e poderosos (Porath *et al.*, 2015).

Em contraste, o comportamento de incivilidade no local de trabalho cria problemas, tanto ao nível individual quanto organizacional, como stresse, depressão, perda de produtividade e até mesmo retaliação contra a organização (Bies & Tripp, 2005; Porath, 2011).

Relativamente ao *burnout*, a civilidade no trabalho tem apresentado, na literatura, associações negativas e significativas com a exaustão emocional e com a despersonalização (Leiter, Price, & Laschinger, 2010; Leiter, *et al.*, 2011; Leiter, Nicholson, Patterson, & Laschinger, 2011; Leiter, Peck, & Gamuchian, 2015).

Assim, podemos concluir que são vários os estudos realizados internacionalmente que sustentam a influência e o impacto do compromisso organizacional na civilidade, do compromisso organizacional na saúde mental e da civilidade na saúde mental.

Posto isto, seguiremos para a segunda parte deste estudo, onde delimitamos a pertinência do mesmo, problema de investigação, respetivas hipóteses e desenvolvemos a componente metodológica da investigação.

PARTE II – MÉTODO

Capítulo 6 – Análise de determinantes para o Compromisso Organizacional, a Civilidade e a Saúde Mental

No decorrer deste capítulo iremos abordar a pertinência deste estudo e definir o problema de investigação. Seguidamente iremos descrever a componente metodológica, nomeadamente as hipóteses e modelo de investigação, caracterização dos participantes, da amostra e dos instrumentos utilizados, descrição dos procedimentos efetuados e análise estatística dos dados recolhidos.

6.1 Pertinência do Estudo e Definição do Problema

As situações experienciadas no trabalho, quer sejam de natureza física, emocional ou social, têm impacto na saúde dos indivíduos. Sabe-se que a exposição prolongada a stressores laborais é um preditor da síndrome de *burnout*, associada a vários problemas de saúde física e mental, que consequentemente conduzem consequências negativas para as organizações. A qualidade das relações interpessoais no local de trabalho é apontada como parte importante do clima organizacional e do bem-estar em contexto laboral, bem como o grau em que o colaborador se sente emocionalmente envolvido na organização.

A literatura portuguesa é escassa quando falamos de temas relacionados com a saúde em contexto laboral, sendo ainda mais complexo encontrar estudos que contemplem variáveis como a civilidade ou o compromisso organizacional, o que aponta para uma lacuna na literatura sobre o tema. Em Portugal, as investigações realizadas neste âmbito estão inseridas no mesmo projeto que este estudo, “Promoção da Qualidade das Relações Interpessoais da Saúde e do Bem-Estar de Profissionais da Saúde”, desenvolvido pelo Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP- UAL).

As Comunidades Terapêuticas são uma área da saúde negligenciada a nível global, sendo parcas as investigações encontradas no âmbito das mesmas. São raras as pesquisas existentes que têm por base problemáticas relacionadas com variáveis organizacionais e relacionais dos profissionais empregues nestas organizações, tornando-se perentório estudos neste sentido.

Deste modo, a investigação em causa tem como principal objetivo compreender de que forma se influenciam as três variáveis em estudo, em profissionais de Comunidades Terapêuticas.

6.2 Metodologia e Questão de Investigação

O estudo insere-se no paradigma associativo, é quantitativo e transversal e utiliza o inquérito estruturado como método de recolha de dados. Pretendemos verificar se existem influências positivas entre o compromisso organizacional, a civilidade e a saúde mental, numa amostra de profissionais de Comunidades Terapêuticas. Neste sentido, queremos também compreender se a civilidade assume o papel de mediador entre o compromisso organizacional e a saúde mental dos trabalhadores. A nossa pergunta de investigação é: *será a Civilidade mediadora da relação entre o Compromisso Organizacional e a Saúde Mental em profissionais de Comunidades Terapêuticas?*

6.3 Hipóteses e Modelo de Investigação

Com o intuito de responder ao problema e tendo em conta os objetivos pretendidos e delineamento do estudo proposto, levantamos as seguintes opções de estudo:

H1: O compromisso organizacional está associado positivamente à saúde mental dos trabalhadores.

H2: O compromisso organizacional está associado positivamente à civilidade dos trabalhadores.

H3: A civilidade está associada positivamente à saúde mental dos trabalhadores.

H4: A civilidade medeia o impacto do compromisso organizacional sobre a saúde mental dos trabalhadores.

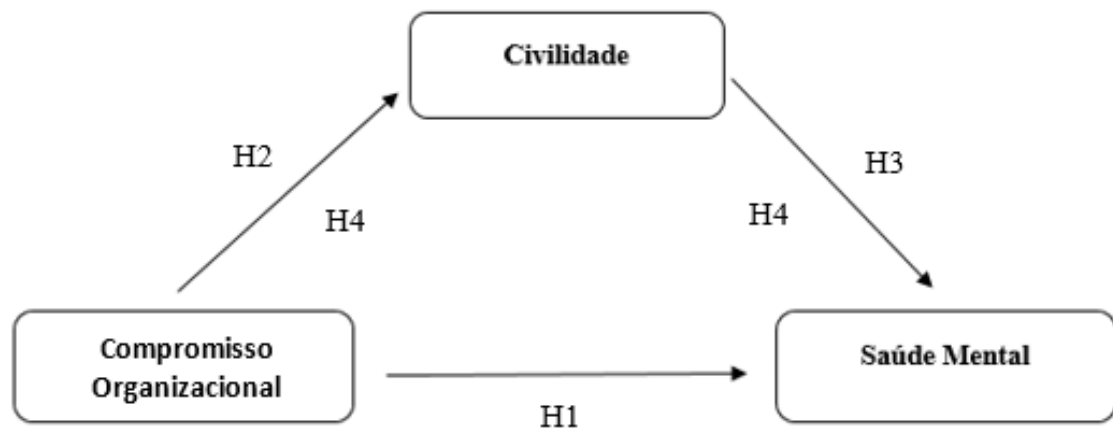


Figura 1 - Modelo de Investigação

6.4 Participantes

Este estudo destina-se a todos os profissionais que desempenham a sua atividade em Comunidades Terapêuticas, maiores de 18 anos, de ambos os sexos e de todas as categorias profissionais. De acordo com Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, em Portugal, existem 55 Comunidades Terapêuticas, no entanto este número carece de atualização. Estima-se que, em média, cada Comunidade Terapêutica dispõe de 16 profissionais, sendo que este número não é definido e está dependente de vários fatores. De acordo com as informações e dados a que temos acesso, através do contacto direto com estas organizações, foi realizada uma estimativa de 880 profissionais que existem atualmente a trabalhar em comunidades terapêuticas, a nível nacional, sendo que, neste estudo, foi recolhida uma amostra de 213 participantes.

6.4.1 Caracterização da Amostra

Foi recolhida uma amostra de 213 profissionais que desempenham a sua atividade em comunidades terapêutica. Na sua maioria os participantes eram do sexo feminino (51.6%), casados ou em união de facto (47.9%) ou solteiros (36.6%), com formação superior (51.2%), com profissão de monitor ou psicólogo (51.1%), não ocupavam um cargo de direção (83.6%), tinham um contrato sem termo (64.8%), com horário fixo (58.7%), trabalham com utentes adultos (49.3%), com tempo de deslocação até à instituição até 30 minutos (74.6%), não pretendendo mudar de instituição (74.6%) nem de profissão (77.5%), como se pode ver na Tabela 1.

A idade média dos participantes é de 40.72 anos (DP = 10.72). Relativamente à sua antiguidade, os participantes apresentam uma média de 10.98 anos (DP = 8.95) na profissão e de 8.83 anos (DP = 6.26) na instituição). Os participantes referiram trabalhar uma média aproximada de 38 horas semanais (M = 37.87; DP = 6.26) (ver Tabela 2).

Tabela 1

Características Sociodemográficas Qualitativas (N=213)

	<i>N</i>	%
Sexo		
Masculino	98	46.0
Feminino	110	51.6
Estado civil		
Solteiro	78	36.6
Casado/ União de facto	102	47.9
Separado/Divorciado	24	11.3
Viúvo	4	1.9
Formação		
Ensino básico	33	15.5
Ensino secundário	67	31.5
Licenciatura	73	34.3
Mestrado	36	16.9
Profissão		
Auxiliar de serviços gerais	13	6.1
Cozinheiro	16	7.5
Monitor	61	28.6
Administrativo	17	8.0
Educador Social	9	4.2
Assistente Social	21	9.9
Psicólogo	48	22.5
Médico	4	1.9
Marceneiro	1	.5
Sociólogo	3	1.4
Animador Sociocultural	1	.5
Psicopedagogo	1	.5
Terapeuta Ocupacional	4	1.9
Gestor Qualidade	1	.5

Voluntário	1	.5
Conselheiro	1	.5
Técnico de Saúde	1	.5
Vigilante	3	1.4
Ocupa cargo na direção		
Sim	29	13.6
Não	178	83.6
Natureza do vínculo		
Contrato sem termo	138	64.8
Contrato com termo	55	25.8
Contrato de prestação de serviços	14	6.6
Voluntariado	1	.5
Horário de trabalho		
Fixo	125	58.7
Turnos	83	39.0
População atendida pela Instituição		
Adultos	105	49.3
Jovens	55	25.8
Misto	48	22.5
Região de atuação da instituição		
Norte	86	40.4
Centro	27	12.7
Lisboa e Vale do Tejo	47	22.1
Alentejo	49	23.0
Tempo de deslocação até à instituição		
Até 30 minutos	169	79.3
Entre 30 a 60 minutos	35	16.4
Acima de 60 minutos	4	1.9
Pretende mudar de instituição		
Sim	9	4.2
Não	159	74.6

Não sei	41	19.2
Pretende mudar de profissão		
Sim	6	2.8
Não	165	77.5
Não sei	36	16.9

Tabela 2

Características Sociodemográficas Quantitativas (N=213)

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	21	68	40.92	10.36
Número de filhos	0	4	.94	1.03
Antiguidade na profissão	1	45	10.98	8.95
Antiguidade na instituição	1	30	8.83	7.51
Horas semanais	2	60	37.87	6.26

6.5 Instrumentos

Os indivíduos que participaram neste estudo responderam a um conjunto de instrumentos, tendo como objetivo obter informações sobre as três variáveis em estudo: compromisso organizacional, civilidade e saúde mental. Por último, foi também solicitado que completassem um questionário sociodemográfico.

6.5.1 Escala de Compromisso Organizacional (ECO)

O compromisso organizacional, como constructo multidimensional, tem uma subescala específica para cada uma das suas três componentes afetiva, calculativa e normativa: a) Escala de Compromisso Afetivo (“*Affective Commitment Scale*”), b) Escala de Compromisso Calculativo (“*Continuance Commitment Scale*”), c) Escala de Compromisso Normativo (“*Normative Commitment Scale*”). A resposta é dada numa escala de tipo Likert de 7 pontos (1- discordo totalmente a 7- concordo totalmente). Na última versão revista por Meyer e Allen (1997) as escalas passaram a ser constituídas por 19 itens no seu conjunto: a escala de compromisso afetivo é constituída por 6 itens (2, 6, 7, 9, 11, 15), dos quais três devem ser invertidos (2,9 e 15)

e tem um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,85; a escala de compromisso calculativo é constituída por 7 itens (1,3,13,14,16,17,19) e tem um alfa de Cronbach de 0,79; a escala de compromisso normativo é constituída por 6 itens (4,5,8,12,10,18), dos quais um (item 4) deve ser invertido e tem um alfa de Cronbach de 0,73. Nascimento, Lopes e Salgueiro (2008) traduziram e adaptaram estas escalas para a população portuguesa.

A cópia do instrumento está disponível no Anexo A.

6.5.2 Escala de Civilidade no Trabalho (ECT)

A civilidade será medida pela versão portuguesa da *Workplace Civility Scale* (WCS; Osatuke *et al.*, 2009), a Escala de Civilidade no Trabalho (ECT; Nitzsche, 2015) que foi adaptada e validada para a população portuguesa por Nitzsche (2015). Esta escala é constituída por 8 itens e as respostas aos mesmos são realizadas através de uma escala tipo Likert de 5 pontos (de 1-discordo fortemente a 5-concordo fortemente). Relativamente à cotação, o valor da média é calculado a partir da soma das pontuações, dividida pelo número de itens da escala. Quanto mais elevadas são as pontuações mais elevada é a perceção de civilidade no local de trabalho, desta forma, a média pode oscilar entre 1 e 5. A *Workplace Civility Scale*, na sua versão original, é uma escala unidimensional que tem um índice de consistência interna, medido pelo coeficiente de alfa de Cronbach, de 0.93 (Osatuke *et al.*, 2009). Na versão portuguesa foi obtido um valor de 0,88 (Nitzche, 2015).

A cópia do instrumento está disponível no Anexo B.

6.5.3 Escala de Saúde Mental MOS SF-36v2

A saúde mental será aferida através da escala de saúde MOS SF-36v2 (Ware *et al.*, 1993) que foi validada e adaptada para a população portuguesa por Ferreira (2000a, 2000b). Este instrumento é constituído por 36 itens de resposta fechada que permitem avaliar oito dimensões: função física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental. Estas dimensões encontram-se agrupadas em duas componentes: física e mental. A componente física é constituída pelas escalas função física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral e a componente mental é constituída pelas escalas vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental (Ware *et al.*, 1993). De acordo com Ferreira (2000b) as escalas função social, desempenho emocional e saúde mental são as que melhor representam a

componente mental do estado de saúde enquanto a função social e o desempenho emocional avaliam as dificuldades sentidas pelo sujeito e atribuídas a problemas pessoais ou emocionais.

Neste estudo, apenas será utilizada a escala que afere a componente mental que tem um total 14 itens classificados de acordo com uma escala tipo Likert de 5 pontos. O índice de consistência interna, para cada uma das dimensões, medido pelo alfa de Cronbach, é de: 0,64 para saúde mental, 0,71 para desempenho emocional, 0,60 para função e 0,83 para vitalidade (Ferreira, 2000a, 2000b).

A cópia do instrumento está disponível no Anexo C.

6.5.1 Questionário Dados Sociodemográficos

Para a descrição dos dados sociodemográfico da amostra foi desenvolvido um questionário sociodemográfico (Anexo A) que inclui as seguintes questões: sexo, idade, estado civil, número de filhos, formação académica, profissão, antiguidade na profissão e instituição, natureza do vínculo de trabalho, horário, população atendida pela comunidade terapêutica, área geográfica de atuação e intenção de mudança. Estas questões surgem no fim do questionário, que, na sua folha de rosto, descreve brevemente os objetivos do estudo, assegura a confidencialidade e anonimato das respostas e agradece a participação do respondente. De forma a esclarecer e clarificar eventuais questões foi também fornecido o endereço de correio eletrónico da equipa do projeto.

A cópia do instrumento está disponível no Anexo D.

6.7 Procedimentos

Após escolha do tema e respetivo orientador deste estudo foi elaborado, através de uma vasta revisão de literatura, um projeto de dissertação, que posteriormente foi submetido e aceite pela Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa.

Seguiu-se a apresentação do projeto e os seus objetivos às Comunidades Terapêuticas, via correio eletrónico e, sempre que necessário, contacto telefónico. Foram contactadas todas as Comunidades Terapêuticas que integram a listagem disponível no serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, sendo que 21 aceitaram participar neste estudo.

Após subsequente aprovação pela administração das Comunidades Terapêuticas participantes seguiu-se o agendamento da visita de forma a realizar a entrega e posterior recolha

dos questionários. A entrega dos questionários decorreu entre o mês de maio e mês de junho de 2019, a recolha foi realizada entre o mês de julho e o mês de outubro de 2019.

As respostas ao questionário foram voluntárias e em todos os momentos foi assegurado o anonimato e confidencialidade dos participantes, quer através do processo de recolha quer de tratamento dos dados. Todas estas informações constam na folha de rosto do questionário que foi distribuído em formato tradicional (papel). O questionário foi entregue a todos os técnicos, auxiliares, equipa de monitorização, entre outros dos vários serviços das comunidades terapêuticas. A recolha foi realizada através de urnas disponibilizadas para tal efeito, abertas apenas pela equipa de investigação deste projeto.

Apresentamos o consentimento informado em anexo (Anexo E), que respeita o Regulamento Geral sobre a proteção de Dados, onde são descritos todos os procedimentos deste estudo, bem como o total anonimato dos seus participantes.

6.8 Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados

Para o tratamento e análise dos dados foi utilizado o programa de análise estatística, IBM© SPSS© Statistics, versão 22.0.

Para testar a adequação das medidas à amostra foram realizadas análises descritivas de cada medida, assim como análise à sua consistência interna. Para responder às primeiras três hipóteses foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson*. Para responder à Hipótese 4 foram realizados três modelos de mediação no PROCESS, representando a mediação da civilidade (variável mediadora) no efeito do compromisso organizacional (variável independente) sobre a saúde mental (variável dependente). O modelo foi testado com intervalos de confiança a 95%, utilizando o modelo 4 do PROCESS

PARTE III – RESULTADOS

Capítulo 7 – Apresentação e análise de resultados

Nas tabelas 3, 4 e 5 é possível observar as respostas dos sujeitos aos itens de cada escala, bem como as frequências relativas, a média dos itens e respectivos desvios padrão. As respostas mais frequentes (moda) estão assinaladas a cinza.

7.1 Escala de Compromisso Organizacional (ECO)

Tabela 3

Escala Compromisso Organizacional (ECO) - Itens da Escala

	1	2	3	4	5	6	7	M	DP
Afetivo									
Não me sinto " emocionalmente ligado" a esta empresa (Inv)	2.8	1.9	4.2	4.2	8.0	16.4	62.0	6.11	1.50
Esta empresa tem um grande significado pessoal para mim	2.3	1.9	2.8	6.1	14.6	18.3	53.5	5.99	1.44
Na realidade sinto os problemas desta empresa como se fossem meus	2.8	5.6	8.9	11.7	19.7	28.6	22.1	5.15	1.61
Ficaria muito feliz em passar o resto da minha carreira nesta empresa	4.7	4.2	2.8	18.8	18.3	20.7	30.0	5.25	1.68
Não me sinto como fazendo parte desta empresa (Inv)	1.9	1.4	2.8	3.8	5.2	16.7	67.6	6.32	1.32
Instrumental									
Acredito que há muitas poucas alternativas para poder pensar em sair desta empresa	9.9	9.9	13.1	17.8	14.6	21.6	12.2	4.32	1.86
Seria materialmente muito penalizador para mim neste	9.9	12.2	12.2	17.8	13.6	12.2	21.6	4.37	1.99

momento, sair desta empresa, mesmo que o pudesse										
Uma das principais razões para eu continuar a trabalhar para esta empresa é que a saída iria requerer um considerável sacrifício pessoal, porque uma outra empresa poderá não cobrir a totalidade de benefícios que tenho aqui	26.8	12.7	4.2	18.3	12.7	13.6	10.3	3.60	2.12	
Neste momento, manter-me nesta empresa é tanto uma questão de necessidade material quanto de vontade pessoal	6.6	5.2	5.6	14.6	18.8	23.9	24.9	5.06	1.77	
Uma das consequências negativas para mim se saísse desta empresa resulta da escassez de alternativas de emprego que teria disponíveis	17.8	14.6	7.5	16.9	15.5	15.0	12.2	3.92	2.04	
Muito da minha vida iria ser afetada se decidisse querer sair desta empresa neste momento	9.9	12.7	7.5	15.5	13.6	18.3	22.1	4.54	2.02	
Como já dei tanto a esta empresa, não considero atualmente a possibilidade de trabalhar outra	9.9	14.1	9.4	22.1	14.1	13.1	16.9	4.24	1.93	
Normativo										

Eu não iria deixar esta empresa neste momento porque sinto que tenho uma obrigação pessoal para com as pessoas que trabalham aqui	8.0	9.9	8.9	14.1	17.8	19.2	21.6	4.69	1.91
Sinto que não tenho qualquer dever moral em permanecer na empresa onde estou atualmente (Inv)	4.2	3.8	6.6	17.4	9.9	18.8	39.0	5.82	6.65
Mesmo que fosse uma vantagem para mim, sinto que não seria correto deixar esta empresa no presente momento	12.2	8.5	8.0	14.6	12.7	19.7	23.9	4.63	2.06
Esta empresa merece a minha lealdade		.9	2.3	3.3	12.2	22.5	58.2	6.29	1.06
Sentir-me-ia culpado se deixasse esta empresa agora	12.7	9.9	8.5	16.9	14.6	19.7	17.4	4.40	2.00
Sinto que tenho um grande dever para com esta empresa	5.6	4.2	6.6	15.0	21.6	18.3	28.2	5.11	1.74

Nota: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo moderadamente; 3 – Discordo ligeiramente; 4 - Não concordo nem discordo; 5 – Concordo ligeiramente; 6 – Concordo moderadamente; 7 – Concordo totalmente

7.1.1 Escala de Compromisso Afetivo

Na dimensão Compromisso Organizacional Afetivo, a resposta mais frequente foi “Concordo totalmente” e o item com a média mais elevada foi *Não me sinto como fazendo parte desta empresa* (6.32) (item invertido).

7.1.2 Escala de Compromisso Calculativo

Na dimensão Compromisso Organizacional Calculativo a resposta mais frequente foi “Concordo moderadamente”, havendo, no entanto, maior variabilidade e sendo o item com média

superior *Neste momento, manter-me nesta empresa é tanto uma questão de necessidade material quanto de vontade pessoal* (5.06).

7.1.3 Escala de Compromisso Normativo

Na dimensão Compromisso Organizacional Normativo a resposta mais frequente foi maioritariamente “Concordo totalmente”, sendo o item com média superior *Esta empresa merece a minha lealdade* (6.29).

7.2 Escala de Civilidade no Trabalho (ECT)

Tabela 4

Escala de Civilidade (ECT) - Itens da Escala

	1	2	3	4	5	M	DP
No meu grupo de trabalho as pessoas tratam-se umas às outras com respeito		3.3	4.7	55.4	36.6	4.25	.70
No meu grupo de trabalho existe espírito de cooperação e de trabalho de equipa	1.4	1.9	9.4	61.0	26.3	4.09	.74
No meu grupo de trabalho as disputas ou conflitos são resolvidos com justiça	1.4	5.2	15.0	55.9	22.5	3.93	.84
As pessoas com quem trabalho interessam-se pessoalmente por mim	.9	3.3	15.5	56.3	23.9	3.99	.78
Posso confiar nas pessoas com quem trabalho quando preciso de ajuda		.9	11.7	51.6	35.7	4.22	.68
Esta organização não tolera a discriminação	1.4	1.4	9.9	41.8	45.5	4.29	.81
As diferenças entre os indivíduos são respeitadas e valorizadas no eu grupo de trabalho	.5	1.4	11.7	54.5	31.9	4.16	.72
Os gerentes/supervisores/chefes/equipa trabalham bem com funcionários provenientes de diferentes contextos	.5	.5	9.4	51.2	38.5	4.27	.69

Nota: 1 – Discordo fortemente; 2 – Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo fortemente

Na tabela 4, relativa a Escala de Civilidade, é possível observar que a resposta mais frequente foi maioritariamente “Concordo”, sendo o item com média superior *Esta organização não tolera a discriminação* (4.29).

7.3 Escala de Saúde Mental- MOS SF-36v2

Tabela 5

Escala de Saúde Mental MOS SF-36v2 - Itens da Escala

	1	2	3	4	5	M	DP
Vitalidade							
Se sentiu cheio/a de vitalidade (Inv.)	.9	13.1	24.4	48.4	13.1	3.60	.91
Se sentiu com muita energia (Inv.)	.9	9.9	32.9	41.8	14.6	3.59	.89
Se sentiu estafado/a?	2.8	13.6	37.1	30.0	16.4	3.44	1.01
Se sentiu cansado/a?	2.3	16.4	48.8	23.0	9.4	3.21	.91
Função social							
Em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, vizinhos, ou outras pessoas, durante as últimas quatro semanas	22.1	36.2	32.9	8.0	.9	2.3	.93
Até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos) durante as últimas quatro semanas	.9	6.6	25.4	35.7	31.0	3.90	.95
Desempenho emocional							
Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	.5	1.4	13.6	30.0	54.5	4.37	.81
Fez menos do que queria	2.3	8.0	26.3	34.3	29.1	3.80	1.02

Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras atividades	1.9	3.3	22.5	30.0	42.3	4.08	.97
Saúde Mental							
Se sentiu deprimido/a que nada o/a animava	.5	2.8	14.1	34.7	47.9	4.27	.84
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a (Inv.)	1.4	9.9	26.8	49.3	12.7	3.62	.88
Se sentiu feliz (Inv.)	.5	1.4	5.6	25.8	47.4	4.76	.91
Se sentiu deprimido/a	1.9	2.3	12.2	32.9	50.7	4.28	.90
Se sentiu muito ansioso/a	1.4	9.4	31.0	40.4	17.8	3.64	.93

Nota: 1 – Sempre; 2 – A maior parte do tempo; 3 – Algum tempo; 4 – Pouco tempo; 5 – Nunca
 * Este item apresenta as seguintes categorias: 1 – Absolutamente nada; 2 – Pouco; 3 – moderadamente; 4 – Bastante; 5 – Imenso

Na dimensão Vitalidade as respostas mais frequentes foram “Algum tempo” e “Pouco tempo”, sendo o item com média superior *Se sentiu cheio de vitalidade* (3.60) (item invertido).

Na dimensão Função Social o item com média superior foi *Até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos) durante as últimas quatro semanas* (3.90).

Na dimensão Desempenho Emocional a resposta mais frequente foi “Pouco tempo”, sendo o item com média superior *Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume* (4.37)

Na dimensão Saúde Mental a resposta mais frequente foi “Nunca”, sendo o item com média superior *Se sentiu feliz* (4.76) (item invertido).

A dimensão Componente Mental não foi incluída pois é composta pelas dimensões anteriores, tendo os itens que a compõem sido já analisados.

7.4 Total das Escalas

Para testar a adequação das medidas à amostra foram realizadas análises descritivas de cada medida, assim como análise à sua consistência interna. Na Tabela 6 são apresentados os valores mínimos, máximos, média, desvio-padrão e Alfa de *Cronbach* do total e subtotais de todas as medidas utilizadas. A categorização do valor de Alfa segue o publicado em Hill e Hill (2005).

Tabela 6

Estatística Descritiva e Alfa de Cronbach

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Civilidade	1.88	8.75	4.17	.65	.90
Compromisso organizacional					
Afetivo	13	35	28.80	4.93	.66
Instrumental	7	49	30.02	8.88	.77
Normativo	12	42	30.50	7.86	.83
Saúde Mental					
Vitalidade	0	100	55.94	21.61	.83
Função social	0	100	59.91	12.40	*
Desempenho emocional	0	100	72.39	22.05	.68
Saúde mental	0	100	69.82	19.22	.83
Componente mental	0	100	56.77	20.57	.83

* Não calculado por ser constituído apenas por dois itens.

A média da escala de Civilidade foi de 4.17, sendo desta forma expressivamente superior ao ponto médio da escala (3- não concordo nem discordo). A consistência interna, avaliada com o coeficiente de Alfa de Cronbach, para o total da escala, foi de .90, superior ao mínimo desejável.

A dimensão Compromisso Organizacional Normativo obteve a média mais elevada (30.50) seguida da dimensão Compromisso Organizacional Instrumental (30.50) e, por último, o Compromisso Organizacional Afetivo (28.80). Os valores da consistência interna foram superiores a .70 (razoável), no caso das dimensões Compromisso Organizacional Normativo e Instrumental. Relativamente à dimensão Compromisso Organizacional Afetivo, foi retirado o item 7 por comprometer gravemente a consistência interna (.38 com o item), apresentando, desta forma, um valor de .66 (aceitável).

Relativamente à escala de Saúde Mental e suas respetivas dimensões, podemos observar que a média mais alta foi obtida na dimensão Desempenho emocional (72.39) e que a média mais baixa foi na dimensão Vitalidade (55.94). Os valores da consistência interna são bons (.83) nas dimensões Vitalidade, Saúde Mental e Componente Mental, sendo que o Desempenho Emocional apresenta uma consistência interna aceitável (.68).

Para responder às primeiras três hipóteses foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson*, sendo os resultados obtidos apresentados na Tabela 7.

Tabela 7

Coeficientes de correlação

	Compromisso organizacional			Civildade
	Afetivo	Calculativo	Normativo	
Saúde Mental				
Vitalidade	.30***		.27***	.32***
Função social	.04	.07	.03	.02
Desempenho emocional	.14*	.05	.18*	.20**
Saúde mental	.28***	-.05	.27***	.36***
Componente mental	.31***		.30***	.37***
Civildade	.31***	.05	.37***	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Hipótese 1: O Compromisso Organizacional está associado positivamente à Saúde Mental dos trabalhadores.

O Compromisso Organizacional Afetivo correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a Vitalidade, o Desempenho Emocional, a Saúde Mental e a Componente Mental com valores de correlação que variam entre $r = .14$; $p = .050$ (Desempenho Emocional) e $r = .31$; $p < .001$ (Componente mental). Os resultados sugerem que quanto maior é o Compromisso Organizacional Afetivo maior é a Saúde Mental ao nível das dimensões Vitalidade, Desempenho Emocional, Saúde Mental e Componente Mental.

O Compromisso Organizacional Calculativo não mostrou coeficientes de correlação positivos com nenhuma das dimensões da Saúde Mental.

O Compromisso Organizacional Normativo correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a Vitalidade, o Desempenho Emocional, a Saúde Mental e a Componente Mental com valores de correlação que variam entre $r = .18$; $p = .011$ (Desempenho

Emocional) e $r = .30$; $p < .001$ (Componente Mental). Os resultados sugerem que quanto maior é o Compromisso Organizacional Normativo maior é a Saúde Mental ao nível das dimensões Vitalidade, Desempenho Emocional, Saúde Mental e Componente Mental.

Desta forma podemos confirmar, ainda que parcialmente, a hipótese enunciada.

Hipótese 2: O Compromisso Organizacional está associado positivamente à Civilidade dos trabalhadores.

O Compromisso Organizacional Afetivo correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a Civilidade com $r = .31$; $p < .001$, sendo que quanto maior é o Compromisso Organizacional Afetivo maior é a Civilidade.

O Compromisso Organizacional Normativo correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a Civilidade com $r = .37$; $p < .001$, sendo que quanto maior é o Compromisso Organizacional Normativo maior é a Civilidade.

Deste modo podemos confirmar, ainda que parcialmente, a hipótese enunciada.

Hipótese 3: A Civilidade está associada positivamente à Saúde Mental dos trabalhadores.

A Civilidade correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a Vitalidade, o Desempenho Emocional, a Saúde Mental e a Componente Mental com valores de correlação que variam entre $r = .20$; $p = .003$ (Desempenho Emocional) e $r = .37$; $p < .001$ (Componente Mental). Os resultados sugerem que quanto maior é a Civilidade maior é a Saúde Mental ao nível das dimensões Vitalidade, Desempenho Emocional, Saúde mental e Componente Mental.

Assim, podemos confirmar a hipótese enunciada.

7.5 Resultados do Modelo de Mediação

Hipótese 4: A civilidade medeia o impacto do compromisso organizacional sobre a saúde mental dos trabalhadores.

Para responder à Hipótese 4 foram realizados três modelos de mediação no PROCESS, representando a mediação da Civilidade (variável mediadora) no efeito do Compromisso Organizacional (variável independente) sobre a saúde mental (variável dependente). O modelo foi

testado com uma amostra de 213 participantes e intervalos de confiança a 95%, utilizando o modelo 4 do PROCESS. As Figuras 1 e 2 apresentam os resultados obtidos.

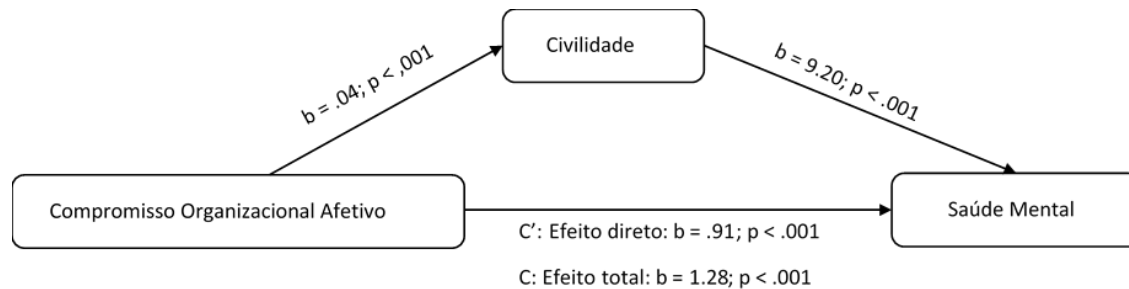


Figura 2-Modelo de Mediação- Compromisso Organizacional Afetivo

O Compromisso Organizacional Afetivo influencia a Civilidade de forma positiva e estatisticamente significativa, com efeito direto e mediado pela Civilidade.

Relativamente ao efeito direto da variável independente (Compromisso Organizacional Afetivo) sobre a variável dependente (Saúde Mental), este apresenta um efeito estatisticamente significativo de $b = .91, p < .001$.

Quanto ao efeito mediador da Civilidade entre o Compromisso Organizacional Afetivo e a Saúde Mental, verifica-se primeiramente um efeito explicativo do Compromisso Organizacional Afetivo sobre a Civilidade na ordem dos 9.48%, ou seja, a variação da Civilidade pode ser explicada em 9.48% pela influência do Compromisso Organizacional Afetivo. Este modelo é estatisticamente significativo [$F(1, 208) = 21.780, p < .001, R^2 = .09$]. O coeficiente associado à variável independente é $b = 0.04, t(208) = 4.667, p < .001$.

Considerando agora a combinação do efeito do Compromisso Organizacional Afetivo (variável independente) e da Civilidade (variável mediadora), este explica em 17.31% a variação da variável dependente Saúde Mental. Este modelo é estatisticamente significativo [$F(2, 207) = 21.674, p < .001, R^2 = .17$]. O coeficiente associado à variável preditora (Compromisso Organizacional Afetivo) é $b = .91, t(207) = 3.295, p = .001$, e o coeficiente associado à variável mediadora (Civilidade) é $b = 9.203, t(207) = 4.408, p < .001$. Tal significa que a contribuição da Civilidade apresenta valores estatisticamente significativos, existindo assim efeito de mediação.

O efeito total (direto e indireto) do Compromisso Organizacional Afetivo sobre a Saúde Mental é de $b = 1.28$, $t(208) = 4.687$, $p < .001$. Este é estatisticamente significativo e superior ao efeito direto (.91). Este é um modelo que explica cerca de 9.55% da variação da Saúde Mental ($R^2 = .10$).

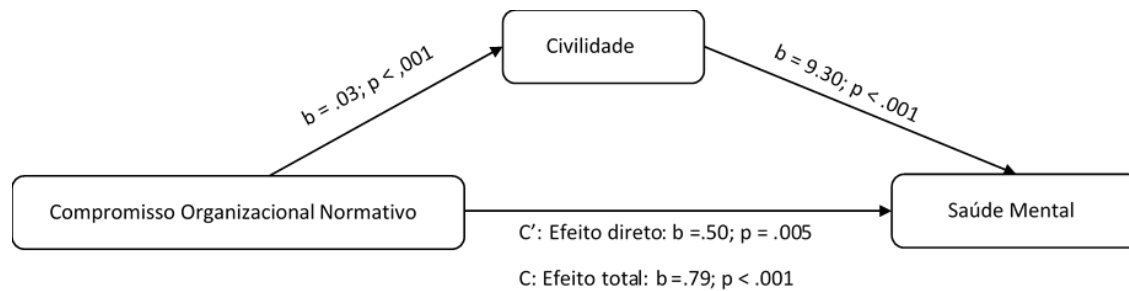


Figura 3 - Modelo de Mediação - Compromisso Organizacional Normativo

O Compromisso Organizacional Normativo influencia a Saúde Mental de forma positiva e estatisticamente significativa, com efeito direto e mediado pela Civilidade.

Relativamente ao efeito direto da variável independente (Compromisso Organizacional Normativo) sobre a variável dependente (Saúde Mental), este apresenta um efeito estatisticamente significativo de $b = .50$, $p < .001$.

Quanto ao efeito mediador da Civilidade entre o Compromisso Organizacional Normativo e a Saúde Mental, verifica-se primeiramente um efeito explicativo do Compromisso Organizacional Normativo sobre a Civilidade na ordem dos 14.08%, ou seja, a variação da Civilidade pode ser explicada em 14.08% pela influência do Compromisso Organizacional Normativo. Este modelo é estatisticamente significativo [$F(1, 209) = 34.260$, $p < .001$, $R^2 = .09$]. O coeficiente associado à variável independente é $b = 0.03$, $t(209) = 5.853$, $p < .001$.

Considerando agora a combinação do efeito do Compromisso Organizacional Normativo (variável independente) e da Civilidade (variável mediadora), este explica em 16.65% a variação da variável dependente Saúde Mental. Este modelo é estatisticamente significativo [$F(2, 208) = 20.780$, $p < .001$, $R^2 = .17$]. O coeficiente associado à variável preditora (Compromisso Organizacional Normativo) é $b = .50$, $t(208) = 2.813$, $p = .005$, e o coeficiente associado à variável mediadora (Civilidade) é $b = 9.303$, $t(208) = 4.317$, $p < .001$. Tal significa que a contribuição da Civilidade apresenta valores estatisticamente significativos, existindo assim efeito de mediação.

O efeito total (direto e indireto) do Compromisso Organizacional Normativo sobre a Saúde Mental é de $b = .79$, $t(209) = 4.598$, $p < .001$. Este é estatisticamente significativo e superior ao efeito direto ($.50$). Este é um modelo que explica cerca de 9.19% da variação da Saúde Mental ($R^2 = .09$).

O Compromisso Organizacional Calculativo não influencia a Saúde Mental nem de forma direta, nem mediado pela Civilidade ($p > .05$).

PARTE IV – DISCUSSÃO

Capítulo 8 – Discussão de Resultados

Este estudo utilizou o paradigma associativo, quantitativo e transversal, com recurso a questionários estruturados e pretendeu verificar se existiam influências positivas entre as três variáveis em estudo: o compromisso organizacional, a civilidade e a saúde mental, bem como o papel mediador da civilidade em relação ao compromisso organizacional e à saúde mental.

Após o tratamento e análise estatística, podemos concluir que as quatro hipóteses foram validadas ou parcialmente validadas, o que contribui para a literatura existente sobre o tema.

Começando com o compromisso organizacional afetivo, podemos destacar que a maioria dos profissionais sente uma ligação afetiva e emocional com a organização, uma vez que, consoante a Escala de Compromisso Afetivo, 67,6% responderam *Não me sinto como fazendo parte desta empresa* (item invertido). Relativamente ao compromisso organizacional calculativo, salienta-se que 26,8% dos trabalhadores afirmaram que *Uma das principais razões para eu continuar a trabalhar para esta empresa é que a saída iria requerer um considerável sacrifício pessoal, porque uma outra empresa poderá não cobrir a totalidade de benefícios que tenho aqui*. No que diz respeito ao compromisso organizacional normativo, de acordo com a Escala de Compromisso Normativo, os resultados sugerem que mais de metade dos profissionais apresenta um sentido de responsabilidade moral em permanecer na instituição, uma vez que 58,2% responderam *Esta empresa merece a minha lealdade*.

Relativamente à civilidade, a média da escala foi de 4.17, valor significativamente superior ao ponto médio da escala. Os resultados sugerem níveis de civilidade positivos, tal como é possível observar nos resultados obtidos: 61% dos profissionais responderam “concordo” no item *No meu grupo de trabalho existe espírito de cooperação e trabalho de equipa* e 45,5% responderam “concordo fortemente” ao item *Esta organização não tolera a discriminação*.

Por último, a saúde mental, através da escala MOS SF-36v2, mostrou resultados pouco conclusivos. Podemos salientar, com maior relevância, a dimensão da vitalidade, uma vez que 48,8% dos profissionais responderam “pouco tempo” ao item *Se sentiu cheio/a de vitalidade* e “algum tempo” ao item *Se sentiu cansado/a?* podendo este ser um indicador do nível de desgaste sentido nestas organizações. Não obstante, na dimensão saúde mental, a maioria dos profissionais responderam “pouco” ao item *Se sentiu deprimido/a* (50,7%).

Foi colocado como primeira hipótese o compromisso organizacional estar associado positivamente à saúde mental. Neste sentido, os resultados mostraram que quanto maior era o

compromisso organizacional afetivo e normativo maior era a saúde mental ao nível das dimensões vitalidade, desempenho emocional, saúde mental e componente mental. Estes resultados, que confirmam a hipótese, estão de acordo com a literatura anterior que refere uma relação direta entre compromisso organizacional e saúde mental (Cai-feng, 2010; Chirumbolo & Hellgreen, 2003; EntesarFormany & Dansdost, 2014; Jamal, 1981; Mathieu, 1989). Todavia, o compromisso organizacional calculativo não se mostrou relacionado com a saúde mental. Este resultado talvez se deva a que um compromisso afetivo elevado conduz o colaborador a maiores sacrifícios pessoais, a adotar mais riscos, implicando muitas vezes a sua vida e não apenas no contexto de trabalho. Por outro lado, quando é a componente calculativa que está em realce, a permanência na organização serve para evitar os custos da saída, executando apenas as tarefas necessárias para manter o posto de trabalho, sendo até referido na literatura que por estas razões é comum esta componente do compromisso organizacional, a calculativa, assumir valores menos elevados do que as restantes (Pereira, Silva, & Cossta, 2017).

Foi concomitantemente colocado como hipótese que o compromisso organizacional se associa à civilidade. Os resultados obtidos no presente estudo mostram que tanto o compromisso organizacional afetivo como o compromisso organizacional normativo se relacionam de forma positiva com a civilidade, confirmando a hipótese. Estes resultados, confirmando a hipótese, vão ao encontro do defendido por outros autores (Erum, Abid, Contreras, & Islam, 2020; Leiter, Laschinger, Day, & Oore, 2011; Odu & Akhigbe, 2018), sendo que não foi encontrada uma relação entre o compromisso organizacional calculativo e a civilidade nem no estudo presente nem na revisão da literatura. Esta não associação é possível que se possa justificar como referido acima pela própria definição da componente calculativa do compromisso organizacional. Esta é uma componente mais instrumental, mais racional, de cumprimento de tarefa, não estando associada à relação com os outros.

Como terceira hipótese foi postulado que a civilidade estaria associada à saúde mental. Na presente amostra, foi obtido como resultado que quanto maior era a civilidade maior era a saúde mental ao nível das dimensões vitalidade, desempenho emocional, saúde mental e componente mental, confirmando a hipótese.

Na literatura foram encontrados estudos que defendem esta relação entre civilidade e a saúde mental. Por exemplo ao nível da proteção contra o *burnout* (Leiter, Price, & Laschinger, 2010; Leiter, *et al.*, 2011; Leiter, Nicholson, Patterson, & Laschinger, 2011; Leiter, Peck, &

Gamuchian, 2015; Porath, 2011), stresse, e comportamentos contraproducentes, assim como também gera sentimentos positivos, atitudes de trabalho, confiança, comportamentos úteis e bem-estar (Porath, 2011), orgulho, estima, dignidade ou valorização (Lawler, 2001; Porath *et al.*, 2015; Roberts, 2007).

Por último, foi colocado como hipótese que a civilidade medeia o impacto do compromisso organizacional sobre a saúde mental. Os resultados obtidos através do PROCESS mostraram que o compromisso organizacional afetivo e também o normativo, influenciam a saúde mental tanto de forma direta como mediados pela civilidade, confirmando assim a última hipótese testada. Neste sentido, percebe-se que um maior compromisso organizacional afetivo gera comportamentos de maior civilidade, que por sua vez levam a uma maior saúde mental dos trabalhadores.

Na literatura foram encontrados mais estudos que defendem que a saúde mental tem influência no compromisso organizacional (Brown & Roloff, 2011; Cho *et al.*, 2006; Jackson & Banks, 1980; Jackson, 1983; Kamau, Medisanskaite, & Lopes, 2014; Maslach, 1982; Stafford, Jackson, & Banks, 1980) do que estudos que referem que o compromisso organizacional tem influência na saúde mental. Todavia, Kalliath, O'driscoll e Gillespie (1998) referem este efeito quando medem a saúde mental através do *burnout*, estando em consonância com o presente estudo. A influência da civilidade sobre a saúde mental defendida nesta investigação é também encontrada noutros estudos como os de Brown e Roloff (2011), Lawler (2001), Porath *et al.* (2015) e Roberts (2007).

Apesar de não se terem encontrado estudos que defendam a influência do compromisso organizacional na civilidade, foram encontrados diversos estudos que reportam a associação entre os dois constructos (Erum, Abid, Contreras, & Islam, 2020; Leiter, Laschinger, Day, & Oore, 2011; Odu & Akhigbe, 2018).

8.1 Pontes fortes e aplicações práticas do estudo

Na literatura portuguesa, tendo por base aquilo que é o nosso conhecimento, podemos referir que este é o primeiro estudo, a nível nacional, que analisa os efeitos do compromisso organizacional, da civilidade e da saúde mental em profissionais de Comunidades Terapêuticas.

Tal como referimos inicialmente, este é um estudo pioneiro, uma vez que é praticamente nula a literatura existente no âmbito das Comunidades Terapêuticas em Portugal. Não obstante, as Comunidades Terapêuticas são respostas fundamentais no combate aos comportamentos aditivos

e dependências, sendo urgente compreender esta realidade, de forma a capacitar e potencializar a intervenção destas organizações. Nesse sentido, este estudo assume particular importância, uma vez que nos informa sobre o estado do compromisso organizacional, da civilidade e da saúde mental dos profissionais que atuam nestas instituições.

De acordo com a POCAD (Plataforma de Organizações Intervenientes na Área dos Comportamentos Aditivos e Dependências, s.d.) verifica-se que em Portugal tem existido um constante desinvestimento na área da Saúde Pública, mais concretamente no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências, resultando numa perda progressiva de valor e relevo. É de extrema importância dar visibilidade ao trabalho desenvolvido nestas respostas, sendo urgente a promoção de ações de formação para estes profissionais e a construção de uma legislação adequada às especificidades e à natureza da intervenção concretizada nestas organizações.

Com esta investigação conseguimos contribuir para a literatura sobre o compromisso organizacional, a civilidade e a saúde mental e, simultaneamente, alertamos para as Comunidades Terapêuticas, uma área atualmente pouco valorizada, que carece de mais investigação.

8.2 Limitações do estudo

Na realização deste estudo foram consideradas como limitações a dimensão da amostra e a falta de representatividade da população total, não se podendo generalizar os resultados para a população portuguesa ativa. O facto de não existir outros estudos com estas variáveis e com este tipo de população, não permite obter resultados comparativos nesta investigação.

Outra característica da presente amostra, é o facto de a mesma ser constituída por diferentes grupos de profissionais, como médicos, psicólogos, monitores, cozinheiros, vigilantes, entre outros, com diferentes responsabilidades, funções muito distintas e níveis de formação díspares. Por exemplo, um cozinheiro possui uma responsabilidade significativamente inferior à de um psicólogo ou de um médico. Neste sentido, numa investigação futura, cremos que seria benéfico seleccionar as diferentes categorias profissionais, de forma a obter informação mais precisa.

Tendo em conta que foi uma investigação pioneira, a escolha do procedimento mais pertinente para a recolha de dados foi complexo, pois queríamos garantir que chegávamos a todos os profissionais e que todas as informações sobre o estudo seriam fornecidas da melhor forma. No entanto, tendo em conta o funcionamento e dinâmica destas organizações, essa abordagem nem

sempre foi possível, o que pode ter tido repercussões nos resultados obtidos, sendo que futuramente o procedimento de entrega e recolha de dados deve ser repensado.

8.3 Indicação para investigações futuras

Sugerimos a repetição deste estudo, com uma amostra mais representativa destes profissionais e com a utilização de outras variáveis organizacionais, como o desempenho ou a satisfação no trabalho.

Propomos também a repetição deste estudo em trabalhadores de outras áreas de atividade, como política, educação ou direito e complementar com outras variáveis como a incivilidade, a liderança autêntica, *engagement*, resiliência, etc.

Recomendamos simultaneamente a replicação deste estudo, utilizando a mesmo tipo de amostra, mas distinguindo as diferentes categorias profissionais existentes nas Comunidades Terapêuticas, bem como uma maior homogeneidade na representatividade desses mesmos grupos, de forma a obter dados suficientes para uma interpretação mais clara e objetiva.

Conclusão

Como referido diversas vezes ao longo deste estudo, a literatura científica existente no âmbito da Psicologia com profissionais de Comunidades Terapêuticas é uma grande lacuna universal. Em Portugal não existem investigações que contribuam para o desenvolvimento destas organizações e muito menos são os estudos que suportem e promovam o trabalho já desenvolvido.

Com o decorrer da nossa investigação, há medida que fomos contactando presencialmente com as Comunidades Terapêuticas, foi perceptível o desgaste e a falta de apoio dos profissionais que nelas desempenham funções. Trabalhar na área da toxicodependência pode ser emocionalmente muito desgastante, pois o trabalho diário exige o contacto com pessoas em constante sofrimento físico e psíquico. A falta de suporte legal e de apoios económicos, a escassez de recursos humanos e formações adequadas às problemáticas existentes, levam estas organizações e consequentemente os seus profissionais ao limite da sua existência.

Neste sentido, os resultados desta investigação podem ajudar a direccionar esforços onde eles são precisos. Os resultados alcançados sugerem que maior grau de compromisso organizacional está associado a maiores níveis de civilidade e melhor saúde mental nos colaboradores das Comunidades Terapêuticas participantes, sendo o compromisso organizacional afetivo o preditor mais significativo da civilidade e da saúde mental. Podemos salientar ainda o papel mediador da civilidade na influência do compromisso organizacional afetivo e normativo na saúde mental. Assim, é importante e necessário que as Comunidades Terapêuticas invistam em programas que promovam a civilidade junto dos seus trabalhadores.

Ainda, os resultados obtidos alertam para a necessidade de as administrações destas organizações prestarem mais atenção à conservação da relação afetiva dos seus colaboradores com as instituições, produzindo oportunidades diversificadas de participação e desenvolvimento aos seus colaboradores. Os resultados deste estudo evidenciaram a importância do compromisso organizacional na civilidade e saúde mental, especialmente ao nível da componente afetiva, sendo fundamental que se reflita nas dimensões de participação e envolvimento destes profissionais no seu trabalho e na gestão das próprias Comunidades Terapêuticas e se explore mais aprofundadamente formas de desenvolver estas dimensões.

Este estudo incrementa informações importantes para o estado da arte, tendo assim impacto ao nível da comunidade científica, mas é também relevante para a prática, nomeadamente por

apontar duas áreas em que as Comunidades Terapêuticas podem incidir a nível preventivo, promovendo ações para melhorar o compromisso organizacional e a civilidade.

Concluindo, este estudo foi um enorme desafio, principalmente devido às variáveis em causa e às características destas organizações. Em todas as Comunidades Terapêuticas em que estivemos presentes, os profissionais que nos receberam agradeceram o interesse na área, uma vez que se sentem esquecidos e negligenciados.

Referências Bibliográficas

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2018). Resumo Executivo – A gestão dos riscos psicossociais nos locais de trabalho europeus: dados do Segundo Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes (ESENER-2). Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: An examination of construct validity. *Journal of vocational behavior*, 49(3), 252-276.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (2000). Construct validation in organizational behavior research: The case of organizational commitment. In *Problems and solutions in human assessment* (pp. 285-314).
- American Nurses Association. (2015). Position statement: Incivility, bullying, and workplace violence. Retrieved from <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/official-position-statements/id/incivility-bullying-and-workplace-violence/>
- Andersson, L. M., & Pearson, C. M. (1999). Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace. *Academy of management review*, 24(3), 452-471.
- Bastos, A. V. B. (1993). Comprometimento organizacional: um balanço dos resultados e desafios que cercam essa tradição de pesquisa. *Revista de Administração de empresas*, 33(3), 52-64.
- Becker, H. S. (1960). Notes on the concept of commitment. *American journal of Sociology*, 66(1), 32-40.
- Bies, R. J., & Tripp, T. M. (2005). The study of revenge in the workplace: Conceptual, ideological, and empirical issues. In *Counterproductive work behavior: Investigations of actors and targets*. American Psychological Association.
- Brown, L. A., & Roloff, M. E. (2011). Extra-role time, burnout, and commitment: The power of promises kept. *Business Communication Quarterly*, 74, 450-474.
- Bybee, K. J. (2016). *How civility works*. Stanford University Press.

- Cai-feng, W. (2010). An empirical study of the performance of university teachers based on organizational commitment, job stress, mental health and achievement motivation. *Canadian Social Science*, 6(4), 127-140.
- Cannon, N. H., & Herda, D. N. (2016). Auditors' organizational commitment, burnout, and turnover intention: A replication. *Behavioral Research in Accounting*, 28(2), 69-74.
- Chagas, D. (2015). Riscos psicossociais no trabalho: causas e consequências. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 439-446.
- Chirumbolo, A., & Hellgren, J. (2003). Individual and organizational consequences of job insecurity: A European study. *Economic and Industrial Democracy*, 24(2), 217-240.
- Cho, J., Laschinger, H. K. S., & Wong, C. (2006). Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. *na* 43-60.
- Clark, C. M. (2019). Fostering a culture of civility and respect in nursing. *Journal of Nursing Regulation*, 10(1), 44-52.
- Clark, C. M., & Carnosso, J. (2008). Civility: A concept analysis. *Journal of Theory Construction & Testing*, 12(1), 11.
- Cortina, L. M. (2008). Unseen injustice: Incivility as modern discrimination in organizations. *Academy of management review*, 33(1), 55-75.
- Cristofanelli, S., Fassio, O., Ferro, L., & Zennaro, A. (2010). Relational and organizational aspects of therapeutic communities as treatment factors: The CFCQ (Climate factors in therapeutic community questionnaire). *BPA-Applied Psychology Bulletin (Bollettino di Psicologia Applicata)*.
- De Biazzi, F. (1996). Organizational Commitment: compromisso ou submissão? *Psicologia USP*, 7(1-2), 73-94.
- De Leon, G. (1995). Therapeutic communities for addictions: A theoretical framework. *International journal of the addictions*, 30(12), 1603-1645.

- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional: 2º ciclo 2013-2017*. DGS. <https://www.dgs.pt/saudeocupacional/programa-nacional4.aspx>.
- Direção Geral de Saúde (s.d.) <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>
- Donald, I., & Siu, O. (2001). Moderating the stress impact of environmental conditions: the effect of organizational commitment in Hong Kong and China. *Journal of Environmental Psychology*, 21(4), 353–368
- Dunham, R. B., Grube, J. A., & Castaneda, M. B. (1994). Organizational commitment: The utility of an integrative definition. *Journal of Applied psychology*, 79(3), 370.
- EntesarFormany, G., & Danshdost, M. (2014). The relationship of spiritual intelligence with mental health and organizational commitment among nurses in Mashhad Hospitals. *Journal of Educational and Management Studies*, 3(4), 36-39.
- Erum, H., Abid, G., Contreras, F., & Islam, T. (2020). Role of family motivation, workplace civility and self-efficacy in developing affective commitment and organizational citizenship behavior. *European Journal of Investigation in Heath, Psychology and Education*, 10, 358-374.
- European Agency for Safety and Health at Work (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Office for Official Publications of the European Communities.
- Eva, N., Robin, M., Senjaya, S., van Dierendonck, D., & Liden, R. C. (2019). Servent leadership: A systematic review and call for future research. *The Leadership Quartely*, 30, 111-132.
- Fabiene, E. E., & Kachchhap, S. L. (2016). Determinants of employee's commitment among healthcare professionals. *International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Sciences*, 6(2), 44-52.
- Ferreira, P. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13(1-2), 55-66.

- Ferreira, P. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13(3), 119-27.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231.
- Goh, J., Pfe!er, J., & Zenios, S. A. (2015). Workplace stressors & health outcomes: Health policy for the workplace. *Behavioral Science & Policy*, 1(1), 43
- Gonçalves, S.P. (2014). *Stress e Bem-estar no Trabalho*. In Gonçalves, S.P. (Eds), *Psicossociologia do Trabalho e das Organizações* (173-219).Pactor.
- Guimarães, L. A. M., & Grubits, S. (2004). *Série saúde mental e trabalho* (Vol. 3). Casa do Psicólogo.
- Hill, M.M. & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. Edições Sílabo.
- Ibrahim, O. H. M., Ibrahim, R. M., Al-Tameemi, N. K., & Riley, K. (2020). Challenges associated with mental health management: Barriers and consequences. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 28(8), 971-976.
- Inspeção Geral das Atividades em Saúde (2018). *Manual de segurança e saúde no trabalho*.
- International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, and Public Services International. (2002). *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*.
- International Labour Organization (1986). *Psychosocial factors at work: Recognition and control* (Vol. 56). International Labour Office.
- Jackson, S. E. (1983). Participation in decision making as a strategy for reducing job related strain. *Journal of Applied Psychology*, 68, 3-19.
- Jackson, S. E., Turner, J. A., & Brief, A. P. (1987). Correlates of burnout among public service lawyers; Summary. *Journal of Occupational Behavior*, 8, 339-349.

- Jamal, M. (1981). Shift work related to job attitudes, social participation and withdrawal behavior: a study of nurses and industrial workers. *Personnel Psychology*, 34, 535-547.
- Kalliath, T. J., O'driscoll, M. P., & Gillespie, D. F. (1998). The relationship between burnout and organizational commitment in two samples of health professionals. *Work and Stress: An International Journal of Work, Health and Organisations*, 12(2), 179-185.
- Kamau, C., Medisauskaite, A., & Lopes, B. (2014). Inductions buffer nurses' job stress, health, and organizational commitment. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 70(6), 305–308.
- Kendall, E., & Muenchberger, H. (2009). Stress at work: Using a process model to assist employers to understand the trajectory. *Work*, 32(1), 19-25.
- Lawler, E. J. (2001). An affect theory of social exchange. *American Journal of Sociology*, 107, 321–352.
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237–250). Taylor & Francis.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297–308.
- Leiter, M. P., Laschinger, H. K. S., Day, A., & Oore, D. G. (2011). The impact of civility interventions on employee social behavior, distress and attitudes. *Journal of Applied Psychology*, 96(6), 1258-1274.
- Leiter, M. P., Nicholson, R., Patterson, A., & Laschinger, H. K. S. (2011). Las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo como demandas y recursos laborales: Un modelo de burnout y engagement. *Ciencia & Trabajo*, 41, 143-151.
- Leiter, M. P., Peck, E., & Gamuchian, S. (2015). Workplace incivility and its implications for well-being. In P. L. Perrewé, J. R. B. Halbesleben, & C. C. Rosen (Eds.), *Mistreatment in organizations (Research in occupational stress and well-being)*, 107- 135. Emerald Publishing Group.

- Leiter, M. P., Price, S. L. , & Laschinger, H. K. S. (2010). Generational differences in distress, attitudes and incivility among nurses. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 970-980.
- Leka, S., Cox, T., Zwetsloot, G. (2008). The European Framework for Psychosocial Risk Management (PRIMA-EF). In Leka, S. & Cox, T. (Eds), *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF* (pp.1-16). Institute of Work, Health & Organizations.
- Leka, S., Griffiths, A., Cox, T., & World Health Organization. (2003). *Work organisation and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. World Health Organization.
- Leka, S., Jain, A., & World Health Organization. (2010). Health impact of psychosocial hazards at work: an overview.
- Levin, L., & Teichman, M. (2017). Patient Retention in Therapeutic Communities for Substance Abuse Treatment: An Organizational-Environmental-Professional Perspective. *Social Work*, 62(2), 165-173.
- Macário, C. A., Ribeiro, C., & Pereira, P. (2020). O contributo do compromisso organizacional e do empowerment psicológico para as organizações positivas. *Gestão e Desenvolvimento*, (28), 29-55.
- Machado, L.A & Veloso, A (2011). O Desenvolvimento da Confiança nas Comunidades Terapêuticas e o seu Impacto na Adesão ao Tratamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (3), 523-532. <http://hdl.handle.net/1822/15280>.
- Martínez, M. E., Morales, O., Rodríguez, O., & Sánchez, W. R. S. (2016). Civilidad, incivilidad y el bienestar asociado al trabajo en un grupo de personas empleadas en Puerto Rico. *Revista Interamericana de psicología ocupacional*, 28(1), 45-55.
- Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional Issues in analyzing a complex phenomenon. In W. S. Paine (Ed.), *Job stress and burnout* (pp. 133-153). Sage.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3ªed.). Mind Garden.

- Mathieu, J. E. (1989). A casual model of antecedents of organizational commitment among professionals and nonprofessionals. *Journal of Vocational Behavior*, 34, 299-317.
- Menezes, I. G., & Bastos, A. V. B. (2009). Bases sociológicas, antropológicas e psicológicas do comprometimento organizacional. *Psicologia em Revista*, 15(3), 200-215.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991) A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1, 61-89.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1997). *Commitment in the workplace: Theory, research, and application*. Sage.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (2001). *A Three-Component Conceptualization of Organizational Commitment*. The University of Western Ontario.
- Meyer, J. P., & Herscovitch, L. (2001). Commitment in the workplace: Toward a general model. *Human resource management review*, 11(3), 299-326.
- Meyer, J. P., Allen, N. J., & Gellatly, I. R. (1990). Affective and continuance commitment to the organization: Evaluation of measures and analysis of concurrent and time-lagged relations. *Journal of applied psychology*, 75(6), 710.
- Meyer, J. P., Becker, T. E., & Vandenberghe, C. (2004). Employee commitment and motivation: a conceptual analysis and integrative model. *Journal of applied psychology*, 89(6), 991.
- Moore, K. A., & Cooper, C. L. (1996). Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 82-89.
- Morrow, P. C. (1983). Concept redundancy in organizational research: The case of work commitment. *Academy of management Review*, 8(3), 486-500.
- Mowday, R. T., Steers, R. M., & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of vocational behavior*, 14(2), 224-247.

- Nagar, K. (2012). Organizational commitment and job satisfaction among teachers during times of burnout. *Vikalpa*, 37(2), 43-60.
- Nascimento, J. L., Lopes, A., & Salgueiro, M. D. F. (2008). Estudo sobre a validação do “Modelo de Comportamento Organizacional” de Meyer e Allen para o contexto português. *Comportamento organizacional e gestão*, 14(1), 115-133.
- Nitzsche, M. (2015). (In)Civilidade no Trabalho: Escalas de Medida e Efeitos no Burnout e Engagement (dissertação de Mestrado). Universidade Autónoma de Lisboa. <http://hdl.handle.net/11144/2545>.
- Odu, A. G., & Akhigbe, O. J. (2018). Workplace ethics and employee commitment of oil servicing firms in Nigeria. *Social Science Learning Educational Journal*, 3, 16-24.
- Organização Internacional do Trabalho. (2010). Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança. 1ª ed., ACT - Autoridade para as Condições do Trabalho.
- Organização Mundial de Saúde (2017). World Mental Health Day 2017. Mental health in the workplace. https://www.who.int/mental_health/world-mentalhealth-day/2018.
- Osatuke, K., Mohr, D., Ward, C., Moore, S. C., Dyrenforth, S., & Belton, L. (2009). Civility, respect, engagement in the workforce (CREW): Nationwide organization development intervention at Veterans Health Administration. *Journal of Applied Behavioral Science*, 45, 384-410.
- Osatuke, K., Moore, S. C., Ward, C., Dyrenforth, S. R., & Belton, L. (2009). Civility, respect, engagement in the workforce (CREW) nationwide organization development intervention at Veterans Health Administration. *The journal of applied behavioral science*, 45(3), 384-410.
- Pearson, C. M., Andersson, L. M., & Porath, C. L. (2000). Assessing and attacking workplace incivility. *Organizational dynamics*, 29(2), 123-137.
- Plataforma de Organizações Intervenientes na Área dos Comportamentos Aditivos e Dependências (s.d.) Objetivos. <https://pocad.pt/>

- Porath, C. L. (2011). Civility. In the Oxford handbook of positive organizational scholarship. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Porath, C. L., Gerbasi, A., & Schorch, S. L. (2015). The effects of civility on advice, leadership, and performance. *Journal of Applied Psychology*, 100, 1527-1541.
- Porath, C., & Pearson, C. (2013). The price of incivility. *Harvard business review*, 91(1-2), 114-121.
- Ramarajan, L., Barsade, S. G., & Burack, O. R. (2006). What makes the job tough? The influence of organizational respect on burnout in the human services. *Organizational Respect and Burnout*, 12(3), 1-32.
- Reevy, G. M., & Deason, G. (2014). Predictors of depression, stress, and anxiety among non-tenure track faculty. *Frontiers in Psychology*, 5.
- Rego, A. (2003). Comprometimento organizacional e Ausência Psicológica. Afinal quantas dimensões? *RAE- Revista de Administração de Empresas*, 43, pp. 26-35.
- Rego, A., & Souto, S. (2004). Comprometimento organizacional em organizações autênticas: um estudo luso-brasileiro. *Revista de Administração de Empresas*, 44(3), 30-43.
- Reichers, A. E. (1985). A review and reconceptualization of organizational commitment. *Academy of management review*, 10(3), 465-476.
- Ribeiro, L. (2018). *Empowement Estrutural e Civilidade como Promotores da Saúde Mental em Profissionais de Saúde*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento. Universidade Autónoma,
- Roberts, L. M. (2007). From proving to becoming: How positive relationships create a context for self-discovery and self-actualization. In J. Dutton & B. Ragins (Eds.), *Exploring positive relationships at work* (pp. 29 – 45). Erlbaum.
- Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Mariné, A., & Serra, C. (2014). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).

- Sabino, N. D. M., & Cazenave, S. O. S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 167-174.
- Schilpzand, P., de Pater, I. E., & Erez, A. (2014). Workplace incivility: A review of the literature and agenda for future research. *Journal of Organizational Behavior*. Advance online publication.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas dependências. Modelos, respostas e intervenções.
<http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/TratamentoMais/SitePages/Home%20Page.aspx>
- Shanker, M., & Sayeed, O. (2015). Organizational commitment: Some linkages with emotional intelligence. *Indian Journal of Industrial Relations*, 51(2), 312-326.
- Smith, L. M., Andrusyszyn, M. A., & Laschinger, H. K. S. (2010). Effects of workplace incivility and empowerment on newly-graduated nurses' organizational commitment. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1004–1015.
- Sommer, M. (2011). As comunidades terapêuticas - História, evolução e a modernidade no tratamento das dependências químicas. *PSIQUE-ISSN 1647-2284*, 7, 135-166.
- Stafford, E. M., Jackson, P. R., & Banks, M. H. (1980). Employment, work involvement and mental health in less qualified young people. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 291-304.
- Vasconcelos, A. D., & Faria, J. H. D. (2008). Saúde mental no trabalho: contradições e limites. *Psicologia & Sociedade*, 20(3), 453-464.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health survey: Manual and interpretation guide*. Boston, MA: The Health Institute
- World Health Organization. (2003). Investing in mental health.
- World Health Organization (2010). *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*. Geneva

World Health Organization (2018). Mental Health: Strengthening Our Response - Fact Sheet. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (acedido a 10 Outubro 2020).

Anexos

Anexo A

ECO

Por favor 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.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo ligeiramente	Não concordo nem discordo	Concordo Ligeiramente	Concordo Moderadamente	Concordo Totalmente

		1	2	3	4	5	6	7
01:	Acredito que há muitas poucas alternativas para poder pensar em sair desta empresa							
02:	Não me sinto “emocionalmente ligado” a esta empresa							
03:	Seria materialmente muito penalizador para mim, neste momento, sair desta empresa, mesmo que o pudesse							
04:	Eu não iria deixar esta empresa neste momento porque sinto que tenho uma obrigação pessoal para com as pessoas que trabalham aqui							
05:	Sinto que não tenho qualquer dever moral em permanecer na empresa onde estou atualmente							
06:	Esta empresa tem um grande significado pessoal para mim							
07:	Não me sinto como “fazendo parte da família” nesta empresa							
08:	Mesmo que fosse uma vantagem para mim, sinto que não seria correto deixar esta empresa no presente momento							
09:	Na realidade sinto os problemas desta empresa como se fossem meus							
10:	Esta empresa merece a minha lealdade							
11:	Ficaria muito feliz em passar o resto da minha carreira nesta empresa							
12:	Sentir-me-ia culpado se deixasse esta empresa agora							
13:	Uma das principais razões para eu continuar a trabalhar para esta empresa é que a saída iria requerer um considerável sacrifício pessoal, porque uma outra empresa poderá não cobrir a totalidade de benefícios que tenho aqui							
14:	Neste momento, manter-me nesta empresa é tanto uma questão de necessidade material quanto de vontade pessoal							

15:	Não me sinto como fazendo parte desta empresa							
16:	Uma das consequências negativas para mim se saísse desta empresa resulta da escassez de alternativas de emprego que teria disponíveis							
17:	Muito da minha vida iria ser afetada se decidisse querer sair desta empresa neste momento							
18:	Sinto que tenho um grande dever para com esta empresa							
19:	Como já dei tanto a esta empresa, não considero atualmente a possibilidade de trabalhar outra							

Anexo B**ECT**

Por favor responda a todas as seguintes questões pensando acerca das suas experiências nos últimos seis meses. O seu grupo de trabalho consiste nos indivíduos que reportam ao seu supervisor. 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 pontuação.

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente

		1	2	3	4	5
1	No meu grupo de trabalho, as pessoas tratam-se umas às outras com respeito					
2	No meu grupo de trabalho existe espírito de cooperação e de trabalho de equipa					
3	No meu grupo de trabalho, as disputas ou conflitos são resolvidos com justiça					
4	As pessoas com quem trabalho interessam-se pessoalmente por mim					
5	Posso confiar nas pessoas com quem trabalho quando preciso de ajuda					
6	Esta organização não tolera a discriminação					
7	As diferenças entre os indivíduos são respeitadas e valorizadas no meu grupo de trabalho					
8	Os gerentes/supervisores/chefes do meu grupo de trabalho/equipa trabalham bem com funcionários provenientes de diferentes contextos					

Anexo C*(MOS Short Form Health Survey 36 Item v2)*

1. As perguntas que se seguem pretendem avaliar se no seu trabalho ou outras atividades diárias, teve algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a), durante as últimas quatro semanas. Coloque um 'X' na resposta mais adequada, utilizando a seguinte escala de pontuação.

1	2	3	4	5
Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca

		1	2	3	4	5
1	Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras atividades					
2	Fez menos do que queria					
3	Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume					

2. A pergunta que se segue pretende avaliar que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, vizinhos, ou outras pessoas, durante as últimas quatro semanas. Por favor coloque um círculo no numero que melhor descreve a sua saúde.

1	2	3	4	5
Absolutamente Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso

3. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Coloque um 'X' na resposta mais adequada, utilizando a seguinte escala de pontuação.

1	2	3	4	5
Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca

		1	2	3	4	5
1	Se sentiu cheio/a de vitalidade?					
2	Se sentiu muito ansioso/a?					
3	Se sentiu deprimido/a que nada o/a animava?					
4	Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?					
5	Se sentiu com muita energia?					
6	Se sentiu deprimido/a?					
7	Se sentiu estafado/a?					
8	Se sentiu feliz?					
9	Se sentiu cansado/a?					

4. A pergunta que se segue pretende avaliar até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos) durante as últimas quatro semanas. Por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1	2	3	4	5
Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca

Anexo D

Dados Sociodemográficos

1.Sexo		7. Antiguidade (anos)	
Masculino		Na Profissão	
Feminino		Na Instituição	
2.Idade		8.Natureza do vínculo	
		Contrato sem termo (Quadro)	
3.Estado Civil		Contrato com Termo	
Solteiro/a		Contrato de Prestação de Serviço	
Casado/a - União de facto		9. Horário de trabalho	
Separado/a - Divorciado/a		Fixo	
Viúvo/a		Turnos	
4. Número de filhos		Nº horas / semana	
		10. População atendida pela Instituição	
5.Formação Académica		Adultos +18 anos	
1º ciclo		Crianças e Jovens	
2º ciclo		11. Região de atuação da Instituição	
3º ciclo		Norte	
Secundário		Centro	
Licenciatura		Lisboa e Vale do Tejo	
Mestrado		Alentejo	
Doutoramento		Algarve	
6. Profissão		12.Tempo de deslocação até a Instituição	
Auxiliar de serviços gerais		Até 30 minutos	
Cozinheiro/a		Entre 30 a 60 minutos	
Monitor/a		Acima de 60 minutos	

Administrativo/a		13. Intenção de Mudança			
Educador/a Social		Pretende mudar de Instituição?	Sim	Não	Não sei
Assistente Social					
Psicólogo/a		Pretende mudar de profissão?	Sim	Não	Não sei
Médico/a					
Outras (qual ?)		Por favor, certifique-se de que respondeu a todas as perguntas deste questionário. Muito obrigado pela sua colaboração!			

Anexo E

Consentimento Informado

Código de participante

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, que a informação por mim fornecida será mantida confidencial e apenas utilizada de forma anónima para fins de investigação científica. Compreendi que em qualquer momento posso abandonar a minha participação neste estudo e solicitar junto do investigador a eliminação da informação por mim fornecida.

Compreendi que a participação neste estudo, ou a recusa em o fazer, em nada irá afetar o tratamento ou a forma como eu ou o doente que acompanho temos sido atendidos. Tive oportunidade de colocar e esclarecer todas as dúvidas que tinha sobre esta investigação.

1-IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO DOS DADOS

Cooperativa de Ensino Universitário, C.R.L. (CEU, C.R.L.) entidade instituidora da Universidade Autónoma de Lisboa. Rua de Santa Marta 47 2º 1150-293, Lisboa. NIF: 501641238 investigacao.privacidade@autonoma.pt

Investigadoras: Íris do Ó e Tatiana Moura, e-mail: estudocomunidadesterapeuticas@gmail.com

2- QUE DADOS RECOLHEMOS E CATEGORIAS DE TITULARES DOS DADOS

Dados dos participantes: género, idade, estado civil, número de filhos, formação académica, profissão, antiguidade na profissão e instituição, natureza do vínculo de trabalho, tipo de horário, população atendida pela Comunidade Terapêutica (Jovens ou adultos +18 anos), área geográfica de atuação e intenção de mudança.

3- FUNDAMENTO JURÍDICO

Consentimento.

4- O QUE FAZEMOS COM OS SEUS DADOS (FINALIDADES)

Investigação com os temas “*Compromisso Organizacional, Civilidade e Saúde Mental em profissionais de comunidade terapêutica*” e “*Empowerment Estrutural, Civilidade e Burnout nos Profissionais de Comunidades Terapêuticas*”

5- DURANTE QUANTO TEMPO ARMAZENAMOS OS SEUS DADOS

Os seus dados deixarão de ser tratados com a finalidade da investigação, logo que o Titular dos Dados retire o seu consentimento ou cinco anos após o fim do estudo.

7 – TRANSFERÊNCIA PARA PAÍSES TERCEIROS

A Cooperativa de Ensino Universitário garante o cumprimento do regulamento.

8 – TRATAMENTO DOS DADOS

Não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis.

9 – MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA PROTEÇÃO DOS SEUS DADOS CONTRA O ACESSO, A ALTERAÇÃO OU A DESTRUIÇÃO NÃO AUTORIZADA

A Cooperativa de Ensino Universitário toma as precauções necessárias e legalmente exigidas para garantir a proteção da informação recolhida junto dos Titulares dos Dados. Entre outras, estão implementadas as seguintes medidas técnicas e organizacionais para garantir a segurança e confidencialidade dos dados pessoais: segurança física (através de controlo de acessos), separação lógica dos registos, passwords de acesso e níveis de acesso, *firewalls* e programas antivírus.

10 – OS SEUS DIREITOS

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, tendo os titulares dos dados pessoais direito de aceder, livremente e sem restrições, confirmando, retificando, apagando ou bloqueando os dados que hajam facultado, bem como o direito à portabilidade e à limitação do tratamento no que disser respeito ao Titular dos Dados, ou do direito de se opor ao tratamento, podendo exercê-lo por escrito, pessoalmente nas nossas instalações ou através do email investigacao.privacidade@autonoma.pt, sem qualquer encargo.

O Titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, devendo para o efeito contactar-nos através do endereço investigacao.privacidade@autonoma.pt. O Titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

O Investigador Responsável:

Anexo F



Fwd: Estudo em Comunidades Terapêuticas

1 mensagem

Comunidades Terapêuticas <estudocomunidadeaterapeuticas@gmail.com>

----- Mensagem encaminhada -----

From: **Comunidades Terapêuticas** <estudocomunidadeaterapeuticas@gmail.com>

Data: qui., 16/05/2019 às 15:12

Assunto: Estudo em Comunidades Terapêuticas

Exmo (a). Sr (a). Diretor (a),

Vimos por este meio convidá-los a participar num estudo, para obtenção de grau de mestre em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, que têm como principais objectivos contribuir para uma maior compreensão do impacto de factores organizacionais na qualidade das relações interpessoais no local de trabalho e as consequências para o bem-estar dos profissionais de comunidades terapêuticas.

A participação neste estudo consiste unicamente no preenchimento de um breve questionário, de forma voluntária, com uma duração máxima de 15 minutos, e é dirigido a todos os profissionais que trabalham em Comunidades Terapêuticas. Todos os dados recolhidos serão utilizados apenas no âmbito desta investigação e garantimos a confidencialidade e o anonimato dos dados. A entrega e respectiva recolha dos questionários será realizada por nós de forma presencial.

Neste sentido, gostaríamos de solicitar uma visita, de acordo com o vosso interesse e disponibilidade, no sentido de clarificar os objectivos mais específicos deste estudo e esclarecer quaisquer eventuais dúvidas relativamente ao mesmo.

Em anexo segue a apresentação do estudo de forma mais pormenorizada.

Desta forma aguardamos resposta e desde já gostaríamos de agradecer a vossa atenção e disponibilidade!

Com os melhores cumprimentos,

Íris do Ó e Tatiana Moura

Contactos: 962862643 e 936569501

 **APRESENTAÇÃO DO ESTUDO.pdf**
355K