

Universidades Lusíada

Silva, Miriam Filipa Tavares da, 1996-

O impacto do processo de liderança e do stress no desempenho dos profissionais de saúde

<http://hdl.handle.net/11067/5945>

Metadados

Data de Publicação

2021

Resumo

Os fatores psicossociais estão presentes em todas as organizações e associados a si estão os riscos psicossociais. Tanto os fatores psicossociais como os riscos devem ser bem geridos para minimizarem o impacto negativo nas organizações. Também eles podem influenciar e comprometer o desempenho dos profissionais. O presente estudo pretende compreender o impacto que o stress, o burnout e a liderança, nomeadamente o apoio social dos supervisores e a qualidade da própria liderança, têm no desempenho ...

Psychosocial factors exist in every organization and along with them there are psychosocial risks. Both psychosocial factors and risks must be well managed to minimize its negative impact on organizations, namely on the workers' performance. This study aim is to understand the impact that stress, burnout and leadership, have on the performance of healthcare workers. This study involved 470 health workers belonging to three public health hospital. The results showed that stress and burnout negat...

Palavras Chave

Liderança, Pessoal da área da saúde - Stresse ocupacional, Esgotamento profissional, Padrões de desempenho

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-FCEE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-25T21:55:16Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA ECONOMIA E DA EMPRESA

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional

O impacto do processo de liderança e do stress no desempenho dos profissionais de saúde

Realizado por:
Miriam Filipa Tavares da Silva

Orientado por:
Prof.^a Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia

Constituição do Júri:

Presidente: Prof. Doutor Nuno Miguel Simões Venes
Orientadora: Prof.^a Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia
Arguente: Prof. Doutor Mário Alexandre Guerreiro Antão

Dissertação aprovada em: 13 de julho de 2021

Lisboa

2021



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA ECONOMIA E DA EMPRESA

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional

O impacto do processo de liderança e do stress no desempenho dos profissionais de saúde

Miriam Filipa Tavares da Silva

Lisboa

Junho 2021



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA ECONOMIA E DA EMPRESA

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional

O impacto do processo de liderança e do stress no desempenho dos profissionais de saúde

Miriam Filipa Tavares da Silva

Lisboa

Junho 2021

Miriam Filipa Tavares da Silva

O impacto do processo de liderança e do stress no desempenho dos profissionais de saúde

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional.

Área de especialização: Análise Organizacional

Orientadora: Prof.^a Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia

Lisboa

Junho 2021

Ficha Técnica

Autora Miriam Filipa Tavares da Silva
Orientadora Prof.^a Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia
Título O impacto do processo de liderança e do stress no desempenho dos profissionais de saúde
Local Lisboa
Ano 2021

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

SILVA, Miriam Filipa Tavares da, 1996-

O impacto do processo de liderança e do stress no desempenho dos profissionais de saúde / Miriam Filipa Tavares da Silva ; orientado por Maria Manuela Marques Faia Correia. - Lisboa : [s.n.], 2021. - Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional, Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa da Universidade Lusíada.

I - CORREIA, Maria Manuela Marques Faia, 1967-

LCSH

1. Liderança
2. Pessoal da área da saúde - Stresse ocupacional
3. Esgotamento profissional
4. Padrões de desempenho
5. Universidade Lusíada. Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

LCSH

1. Leadership
2. Medical personnel - Job stress
3. Burn out (Psychology)
4. Performance standards
5. Universidade Lusíada. Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RA410.9.P8 S55 2021

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível graças ao apoio que recebi de todas as pessoas a quem nesta página manifesto os meus sinceros agradecimentos.

À Universidade Lusíada agradeço pela oportunidade que me deram de fazer este mestrado, que me foi oferecido na Cerimónia Solene, realizada a 30 de Junho de 2018, e onde tive a honra de ser reconhecida pelo meu percurso académico.

À Professora Doutora Manuela Faia Correia agradeço pela sua orientação, pela sua disponibilidade e apoio incansáveis, e por todo o seu contributo para que eu pudesse melhorar e concretizar este trabalho.

À Professora Doutora Tânia Gaspar, agradeço pela oportunidade de me permitir integrar de alguma forma o projeto de investigação desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS) e Centro de Investigação em Organizações Mercados e Gestão Industrial (COMEGI) e por me ter fornecido todos os dados necessários para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores que me acompanharam em todo o meu percurso académico na Universidade Lusíada, agradeço profundamente por todos os ensinamentos, por todas as partilhas e por todas as palavras certas, nos momentos certos, que mesmo sem se darem conta, contribuíram e muito para a minha evolução como aluna, profissional e ser humano.

Ao Tiago, o meu melhor amigo e namorado que caminha lado a lado comigo há quase 9 anos e que acompanhou todo o meu percurso académico, agradeço por me apoiar sempre incondicionalmente, por acreditar sempre nas minhas convicções, por me incentivar a seguir em frente sempre que tenho um novo projeto, por simplesmente estar presente em todos os momentos e por me elucidar de todos os meus propósitos e objetivos sempre que me vê ir abaixo.

À Liana, a minha companheira de mestrado, por todos os momentos, por todas as conversas, por todo o apoio, pela capacidade de me ouvir e compreender, pelo espírito de ajuda e motivação. Sem dúvida, uma colega que passou a amiga e que eu quero levar para o resto da minha vida.

Muito obrigada!

APRESENTAÇÃO

O impacto do processo de liderança e do stress no desempenho dos profissionais de saúde

Miriam Filipa Tavares da Silva

Os fatores psicossociais estão presentes em todas as organizações e associados a si estão os riscos psicossociais. Tanto os fatores psicossociais como os riscos devem ser bem geridos para minimizarem o impacto negativo nas organizações. Também eles podem influenciar e comprometer o desempenho dos profissionais. O presente estudo pretende compreender o impacto que o stress, o *burnout* e a liderança, nomeadamente o apoio social dos supervisores e a qualidade da própria liderança, têm no desempenho dos profissionais de saúde.

Neste estudo participaram 470 profissionais de saúde, sendo eles médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e ainda outros quadros superiores, distribuídos em 3 organizações públicas de saúde portuguesas.

Tendo por base a análise e discussão dos resultados obtidos na sequência deste trabalho, conclui-se que o apoio social dos supervisores influencia positivamente o desempenho dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Fatores psicossociais, Liderança, Stress, Desempenho, Profissionais de saúde.

PRESENTATION

The impact of the leadership process and stress on the performance of health professionals

Miriam Filipa Tavares da Silva

Psychosocial factors exist in every organization and along with them there are psychosocial risks. Both psychosocial factors and risks must be well managed to minimize its negative impact on organizations, namely on the workers performance. This study aim is to understand the impact that stress, burnout and leadership, have on the performance of healthcare workers.

This study involved 470 health workers, including doctors, nurses, nutritionists, social workers, psychologists, and other senior staff, belonging in 3 Portuguese public health hospitals.

Based on the analysis and discussion of the results obtained from this work, it is concluded that the supervisors social support positively influences the performance of healthcare workers.

Keywords: Psychosocial factors, Leadership, Stress, Performance, Healthcare professionals.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição sociodemográfica dos participantes	42
Tabela 2 - Distribuição dos participantes por grupo profissional	43
Tabela 3 - Classificação dos valores de alpha de cronbach	49
Tabela 4 - Estatística descritiva e consistência interna das dimensões e subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho	49
Tabela 5 - Estatística descritiva e consistência interna total e das subescalas de gestão do desempenho	50
Tabela 6 - Classificação dos valores de Correlação de Pearson	51
Tabela 7 - Correlação de Pearson entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho e da gestão do desempenho	52
Tabela 8 - Participantes, mínimo, máximo, M e DP das respostas nas subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho	54
Tabela 9 - Participantes, mínimo, máximo, M e DP das respostas na escala total e nas subescalas da gestão do desempenho	55
Tabela 10 - Diferenças de género entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho	56
Tabela 11 - Diferenças de género entre as subescalas de gestão do desempenho ...	57
Tabela 12 - Diferenças de idade entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho	57
Tabela 13 - Diferenças de idade entre as subescalas de gestão do desempenho.....	58
Tabela 14 - Diferenças no estado civil entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho	59
Tabela 15 - Diferenças no estado civil entre as subescalas de gestão do desempenho	59
Tabela 16 - Diferenças na paternidade entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho	60
Tabela 17 - Diferenças na paternidade entre as subescalas de gestão do desempenho	61
Tabela 18 - Diferenças de escolaridade entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho	61
Tabela 19 - Diferenças de escolaridade entre as subescalas de gestão do desempenho	62
Tabela 20 - Diferenças no tipo de contrato entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho	63
Tabela 21 - Diferenças no tipo de contrato entre as subescalas de gestão do desempenho	64
Tabela 22 - Diferenças na satisfação com a remuneração entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho	65

Tabela 23 - Diferenças na satisfação com a remuneração entre as subescalas de gestão do desempenho	65
Tabela 24 - Regressão linear das variáveis género e idade como tentativa de prever a perceção do desempenho - modelo 1	66
Tabela 25 - Regressão linear das variáveis género, idade, qualidade da liderança, apoio social dos supervisores, stress e <i>burnout</i> como tentativa de prever a perceção do desempenho - modelo 2	67

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

- ANOVA - Análise de Variância
- B - Coeficiente não padronizado
- CLISSIS - Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social
- COMEGI - Centro de Investigação em Organizações, Mercados e Gestão Industrial
- COPSOQ - *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*
- DP - Desvio padrão
- F - Estatística F
- IE - Inteligência Emocional
- ILO - *International Labour Organisation*
- M - Média
- N - Dimensão da amostra
- OIT - Organização Internacional do Trabalho
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- p - Nível de significância estatística
- PMBQ - *Performance Management Behavior Questionnaire*
- SNS - Serviço Nacional de Saúde
- SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
- T - Teste *T-student*
- WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1. Introdução	17
1.1. Pergunta de partida	17
1.2. Objeto e objetivos	18
1.3. Hipóteses	18
1.4. Estrutura da dissertação	19
2. Fatores psicossociais	21
2.1. Fatores psicossociais do trabalho	21
2.2. Riscos psicossociais do trabalho	23
2.3. Stress e <i>burnout</i>	24
3. Liderança	27
3.1. Estilos de liderança	28
3.1.1. Liderança burocrática	28
3.1.2. Liderança autocrática	29
3.1.3. Liderança Laissez-faire	29
3.1.4. Liderança transacional	30
3.1.5. Liderança transformacional	30
3.2. Importância do papel do líder	31
3.3. Relação entre líderes e membros	32
4. Desempenho	35
4.1. Influência da liderança no desempenho	35
5. Apresentação perguntas de partida, perguntas derivadas e hipóteses	37
6. Metodologia	41
6.1. Contexto: Serviço Nacional de Saúde	41
6.2. Participantes	41
6.3. Instrumentos	43
6.4. Procedimento	45
7. Tratamento de dados e resultados	49
7.1. Análise das qualidades métricas do instrumento de medida	49
7.2. Comparação das variáveis sociodemográficas entre grupos	55
7.3. Teste de hipóteses	66
8. Discussão e conclusão	69
Referências	73
Anexos	87
Lista de anexos	89

Anexo A	91
Anexo B	107

1. INTRODUÇÃO

Os fatores psicossociais têm merecido cada vez mais notoriedade, pelo facto de que os riscos associados são considerados um dos maiores problemas para a Saúde Ocupacional (EU-OSHA, 2007).

O stress, fruto dos fatores psicossociais existentes no local de trabalho, é considerado um problema grave de saúde pública (EU-OSHA, 2007) e de certa forma também pode estar associado às relações interpessoais existentes na organização. Tem-se verificado o aumento da preocupação com a saúde psicológica dos profissionais de saúde e um dos motivos é porque a existência de fatores de risco psicossocial, como o stress, aumentam a probabilidade de os profissionais desenvolverem a síndrome de *burnout*.

A liderança é considerada uma variável chave para o desempenho das equipas e uma das principais causas do sucesso ou insucesso das unidades de trabalho em equipa (Katzenbach, 1997). Liderar equipas de trabalho implica saber gerir inúmeras situações e conseguir manter os profissionais motivados com elevado desempenho. Na área da saúde, nomeadamente, é primordial conseguir que os profissionais estejam motivados, uma vez que trabalham diariamente para a saúde dos seus pacientes e o fracasso pode implicar a perda ou graves problemas na vida de alguém.

O desempenho por sua vez, pode ser influenciado por diversos fatores e este estudo concentra-se em perceber o impacto que a liderança e o stress têm no desempenho dos profissionais de saúde.

Neste estudo, que foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS) e Centro de Investigação em Organizações Mercados e Gestão Industrial (COMEGI), pretende-se verificar o impacto da liderança e do stress no desempenho dos profissionais de saúde.

1.1. PERGUNTA DE PARTIDA

A pergunta de partida deste estudo é a seguinte: de que forma é que a liderança e o stress influenciam o desempenho dos profissionais de saúde? Da pergunta de partida, derivam ainda as seguintes perguntas:

- Existe influência da qualidade da liderança no desempenho dos profissionais de saúde?
- Existe influência do apoio social dos superiores no desempenho dos profissionais de saúde?
- Existe influência do stress no desempenho dos profissionais de saúde?

1.2. OBJETO E OBJETIVOS

Os fatores psicossociais podem ter muita influência nas organizações e implicações no comportamento dos profissionais e a relação entre trabalhadores e líderes tem bastante importância no ambiente de trabalho das organizações. No entanto, as pesquisas sobre a relação destes dois temas são limitadas.

Com base no exposto, revela-se importante propor, estudar e validar um modelo compreensivo que inclui e articula os fatores psicossociais, a liderança e o impacto que estes têm no desempenho dos profissionais de saúde.

Este estudo pretende contribuir para a compreensão do impacto dos fatores psicossociais no desempenho dos profissionais de saúde, nomeadamente, o impacto da liderança e do stress.

O objetivo geral deste estudo é compreender a influência da liderança e do stress no desempenho dos profissionais de saúde e tem como objetivos específicos os seguintes:

- Compreender e caracterizar os fatores psicossociais;
- Compreender o impacto do stress no desempenho dos profissionais de saúde;
- Compreender o contributo da liderança no desempenho dos profissionais de saúde.

1.3. HIPÓTESES

Com base na pergunta de partida, nas perguntas derivadas da pergunta de partida e nos objetivos estabelecidos, são propostas as seguintes hipóteses de investigação:

H1 – A qualidade da liderança influencia positivamente o desempenho dos profissionais de saúde.

H2 – O apoio social dos superiores influencia positivamente o desempenho dos profissionais de saúde.

H3 - O stress influencia negativamente o desempenho dos profissionais de saúde.

1.4. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

O presente estudo está estruturado em quatro partes. A primeira parte corresponde à revisão da literatura e à apresentação da pergunta de partida, perguntas derivadas e hipóteses. Na revisão da literatura são apresentados os estudos anteriores que se relacionam com as variáveis abordadas neste estudo, sendo eles os fatores psicossociais; os riscos psicossociais; o stress e *burnout*; a liderança e o desempenho. A segunda parte é composta pela metodologia, onde serão descritos os participantes, a amostra, os instrumentos e os procedimentos utilizados para a realização do estudo. Na terceira parte serão apresentados o tratamento de dados e os resultados e por fim, na quarta e última parte encontram-se a discussão e a conclusão.

2. FATORES PSICOSSOCIAIS

Nas últimas décadas têm-se verificado profundas alterações no mundo do trabalho, alterações essas, impulsionadas pelo fenómeno da globalização.

Os postos de trabalho, bem como a natureza dos mesmos, têm sofrido muitas alterações e inclusive na forma como influenciam significativamente a saúde dos trabalhadores, o que tem sido conduzido à realização de muitos estudos nesse âmbito.

Os fatores psicossociais são um termo que começou a ter mais notoriedade recentemente e que provavelmente, teve origem no último quarto do século XX (Jiménez, 2011).

2.1. FATORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Em meados de 1980, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicaram um documento onde fomentavam a importância dos efeitos adversos dos fatores psicossociais do trabalho. Segundo este, no entender destas duas organizações, o crescimento e a evolução económica já não dependiam apenas da produção, dependiam também das condições de vida, de trabalho, de saúde e bem-estar dos trabalhadores, bem como dos seus familiares. O mesmo documento, alertava que os riscos existentes no trabalho não eram apenas físicos, químicos e biológicos, mas também psicossociais (OIT, 1986).

O conceito de fatores psicossociais no trabalho pode ser definido como a perceção ou crença que os colaboradores têm sobre a forma como o seu trabalho é organizado (Sharan, Parijat, Sasidharan, Ranganathan, Mohandoss & Jose, 2011). O termo psicossocial pode descrever inúmeros fatores e estes podem ser agrupados em três domínios separados (Bongers & de Winter, 1992; OIT, 1986; Sauter & Swanson, 1996; OMS, 1989): (1) fatores associados ao trabalho e ao seu contexto; (2) fatores associados ao contexto fora do trabalho; (3) características individuais do trabalhador. O primeiro domínio inclui os vários aspetos relativos ao conteúdo da função (carga de trabalho, repetibilidade, controlo da função, exigências cognitivas, etc); às características organizacionais; às relações interpessoais no trabalho (relação líder-trabalhador); aos aspetos temporais do trabalho e da função (turnos, duração dos ciclos); aos aspetos económico financeiros (pagamentos, benefícios e questões

relacionadas com a equidade) e aos aspetos comunitários (prestígio e estatuto laboral) (Bernard, 1997).

Os fatores associados ao contexto fora do trabalho dizem respeito à vida pessoal do trabalhador, que podem influenciar e/ou condicionar a sua prestação laboral. Por último, o terceiro domínio e como o nome indica está relacionado com as características individuais do trabalhador e estas por sua vez, determinam as capacidades que o trabalhador tem para desempenhar as suas funções, bem como para se adaptar ao ambiente de trabalho em que está inserido.

Portanto, os fatores psicossociais são todos os aspetos que definem a interação subjetiva entre o trabalhador e o seu trabalho, sendo que o ambiente psicossocial do trabalho inclui a cultura da organização, bem como os seus valores, as suas crenças e as suas práticas, que afetam o bem-estar mental e físico dos trabalhadores. Os fatores psicossociais também podem ser divididos em dois grupos: organização e gestão do trabalho e interações socioprofissionais. O primeiro grupo engloba a divisão hierárquica, os procedimentos, as metas de produtividade, a intensidade do trabalho e os requisitos para a progressão de carreira, enquanto o segundo grupo se refere às relações existentes dentro da organização (OMS, 1981).

Segundo a OIT, há dois agentes psicossociais, um deles são as interações entre o conteúdo do trabalho e as condições ambientais e organizacionais e o outro são as competências e necessidades dos trabalhadores (OIT, 1986).

A natureza dos fatores psicossociais é complexa e abrange todas as questões ligadas aos trabalhadores e ao meio ambiente geral e de trabalho.

Quando as condições de trabalho favorecerem a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores, as organizações podem atingir bons resultados, ao passo que, quando as condições são desfavoráveis, prejudicam não só a saúde e bem-estar dos colaboradores, como ainda a organização é lesada. Neste caso, estamos perante os Fatores de Risco Psicossocial e estes têm potencial de causar danos psicológicos, físicos ou sociais nos trabalhadores (Jiménez, 2011).

2.2. RISCOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Nas últimas décadas, a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho tem alertado para as mudanças relacionadas com os contextos de trabalho, realçando não apenas os riscos não biológicos ou físicos, mas também riscos psicossociais (EU-OSHA, 2007).

Verifica-se que nos últimos anos e devido, nomeadamente à globalização, os riscos psicossociais não só aumentaram como também a se intensificaram (Jiménez, 2011).

Na situação atual do mercado de trabalho e do funcionamento das organizações, os fatores e os riscos psicossociais são um dos maiores problemas para a Saúde Ocupacional e para promover a gestão dos mesmos, é importante detetar quais são os fatores que influenciam os riscos à segurança e saúde no trabalho (EU-OSHA, 2007).

Os fatores de risco psicossocial do trabalho podem ser definidos como todos os aspetos relacionados com o desempenho de trabalho, bem como com a organização e gestão e aos seus contextos sociais e ambientais, que têm o potencial de causar danos físicos, sociais ou psicológicos (EU-OSHA, 2007). São exemplos de riscos psicossociais o excesso de trabalho; a ausência de clareza na definição e descrição das funções; a insegurança laboral; a comunicação ineficaz; a falta de apoio dos supervisores e colegas; o assédio sexual ou psicológico, bem como a violência, entre muitos outros.

A OIT considera como riscos psicossociais do trabalho, a sobrecarga horária, a sobrecarga de trabalho mental e físico, a monotonia, a falta de *empowerment*, o *burnout*, o assédio moral e violência, a insegurança no emprego e o stress. Os acidentes de trabalho, o absentismo, as doenças como ansiedade, depressão, stress, doenças cardiovasculares, etc, bem como a deterioração do ambiente social no trabalho, a diminuição da produtividade e qualidade do trabalho, entre outras consequências, são possivelmente provenientes da exposição aos riscos acima referidos (OIT, 1986).

Assim, os riscos psicossociais são nada mais nada menos do que os aspetos do design e gestão do trabalho, e os seus contextos sociais e organizacionais que têm o potencial de causar danos psicológicos ou físicos (Cox & Griffiths, 2005) e são cada vez mais reconhecidos como grandes problemas de saúde pública (Leka & Cox, 2008).

Podemos dizer que existem três níveis de intervenção que são utilizados para abordar os riscos psicossociais no ambiente de trabalho: intervenção de nível primário,

secundário e terciário (Murphy & Sauter, 2004). As intervenções de nível primário, também conhecidas como de nível organizacional (Burke, 1993) preocupam-se em tomar medidas para alterar ou eliminar as fontes de stress inerentes ao ambiente de trabalho, com o objetivo de reduzir o impacto negativo no indivíduo (Cooper & Cartwright, 1997). As Intervenções de nível secundário são iniciativas destinadas a alterar a resposta do indivíduo a riscos psicossociais e preocupam-se com a rápida detecção e resolução de doenças menores ou distúrbios psicológicos (Sutherland & Cooper, 2000). Por fim, as intervenções de nível terciário procuram minimizar os efeitos problemáticos do stress (Cooper & Cartwright, 1997).

A gestão adequada de riscos psicossociais exige que as organizações estejam preparadas para a mudança, sendo que os principais fatores ou agentes de mudança estão geralmente relacionados (por exemplo, utilidade económica, orientação a valores e normas, conformidade com leis e regulamentos, etc.) (Leka & Cox, 2008).

No contexto profissional atual, a procura por maior produtividade e rentabilidade, a redução do número de trabalhadores e a pressão para a execução de muitas e variadas tarefas, estão a contribuir para um aumento dos fatores de risco psicossociais (Leka & Jain, 2010; OIT, 1986).

2.3. STRESS E BURNOUT

Um dos grupos profissionais de elevado risco no que respeita aos riscos psicossociais, são os profissionais da área da saúde (Gaspar, 2019). Estes profissionais estão muito sujeitos a riscos psicossociais no trabalho, um deles e bastante importante, é o stress ocupacional, dada a natureza do trabalho que exercem e as condições em que o fazem. Importa salientar que o stress ocupacional é considerado um problema grave de saúde pública (EU-OSHA, 2007), que afeta muitos trabalhadores não só nesta área, mas em praticamente todas as outras. Em casos mais graves e não diagnosticados ou devidamente tratados, o stress ocupacional pode levar os trabalhadores ao *burnout*. Para além disso, tem sido associado ao desenvolvimento de distúrbios físicos e psicológicos com graves consequências na qualidade de vida e no desempenho profissional dos trabalhadores (Ito *et al.*, 2014). Também as exigências mentais e físicas que caracterizam o trabalho destes profissionais, estão associadas a resultados negativos, como lesões, absentismo, insatisfação no trabalho, saída precoce do

trabalho, má qualidade de vida relacionada com o trabalho e, eventualmente, redução da capacidade para o trabalho (Hasselhorn *et al.*, 2008).

O trabalho dos profissionais de saúde tem um custo elevado para estes (Pitta, 1990; Volich, 1995). As condições físicas em que trabalham, os turnos, os baixos salários, os plantões, entre outros fatores, deixam estes profissionais fragilizados psicologicamente e mais propícios a adoecerem.

Recentemente, surgiram novos riscos psicossociais associados aos novos tipos de contrato de trabalho e à instabilidade gerada pelos mesmos, na área da saúde. Estes riscos provocam uma insatisfação significativa e afetam negativamente a saúde dos trabalhadores, bem como a sua qualidade de vida (Cañadas, Mullor, Rodríguez, & Carreño, 2019).

Outro risco psicossocial a destacar são as longas horas de trabalho dos profissionais de saúde, têm sido e continuam a ser uma enorme preocupação com a saúde e o bem-estar dos trabalhadores (Bosch, 1999).

O stress ocupacional tem sido uma área muito estudada, no domínio da investigação científica, devido aos custos e impactos ao nível individual e organizacional (Murphy, Hurrell, Sauter, & Keita, 1995). Apesar da atividade dos profissionais de saúde ser considerada de alto risco de stress, há poucos estudos portugueses sobre essa matéria (McIntyre, 1994).

Alguns estudos mostram que os profissionais de saúde pagam um alto preço psicológico pelas intensas interações emocionais exigidas pelo seu trabalho e conseqüentemente, o resultado disso é o chamado *burnout* (Cherniss, 1995; Maslach & Leiter, 1997).

Em Portugal, tem-se verificado o aumento da preocupação com a saúde psicológica e com as conseqüências do stress ocupacional entre os profissionais de saúde, por vários motivos, um deles porque a existência de fatores de risco psicossocial aumenta a probabilidade dos profissionais desenvolverem a síndrome de *burnout* (Marôco *et al.*, 2016; Pereira, Queirós, Gonçalves, Carlotto, & Borges, 2014; Silva & Gomes, 2009).

O stress pode muitas vezes ser causado pelas más relações existentes na organização, não só entre colegas, mas também entre os profissionais e os seus líderes, e que provocam um ambiente de trabalho desfavorável.

3. LIDERANÇA

A relação entre os trabalhadores e os seus líderes é muito importante em todas as áreas profissionais e a área da saúde não é exceção. O relacionamento interpessoal é fundamental e de extrema importância e a existência de bons relacionamentos interpessoais contribui para um bom ambiente de trabalho. Nem sempre é fácil manter-se um bom ambiente de trabalho, principalmente quando a organização tem muitos profissionais a trabalharem em simultâneo, como é o caso das organizações de saúde. Cada profissional tem as suas características e estas muitas vezes influenciam o comportamento e as atitudes das pessoas com quem mantêm contacto, por exemplo, quando um profissional é uma pessoa bem disposta, que sabe lidar com a pressão e reage tranquilamente às situações mais stressantes, influencia positivamente os colegas que estão a trabalhar consigo e com quem tem a tendência a comunicar facilmente, por outro lado, quando um profissional é uma pessoa que pensa de forma negativa e reage impulsivamente e de forma abruta nas situações não só de stress mas também outras do dia-a-dia, tem tendência a ter muitas dificuldades de comunicação com os colegas. Manter boas relações interpessoais é saudável em qualquer organização e é necessário para manter um bom ambiente de trabalho onde todos se sintam bem a exercer as suas funções. Nem sempre é possível e nem sempre os colegas conseguem entre si lidar bem com as características uns dos outros e saber separar os atritos pessoais dos profissionais e é aí que os líderes são fundamentais. Cabe aos líderes saberem lidar e gerir todas as situações causadas pelas diferenças de cada profissional, bem como, saber planear e organizar antecipadamente, prevenindo assim, situações que prejudiquem o ambiente de trabalho.

Liderar uma equipa de trabalho é muito mais do que “mandar”, liderar é orientar a organização para que todos os objetivos sejam cumpridos, e para isso, é preciso que esses objetivos sejam do conhecimento de todos os colaboradores, para que estes possam executar as suas tarefas motivados, atingir as metas que lhes são propostas e acima de tudo, executarem-nas com satisfação. O líder tem como papel principal, incentivar os seus liderados a alcançar um objetivo comum (Northouse, 2010; Yukl, 2005).

O papel do líder é primordial na criação de um ambiente de trabalho saudável e seguro e é o líder que através da motivação e do desenvolvimento das competências dos seus liderados, consegue atingir os resultados com a colaboração de todos. Os liderados

veem no líder a solução para todos os problemas laborais. Portanto, a liderança é fundamental em todas as relações de trabalho.

A liderança pode ser definida como a capacidade que um indivíduo tem para influenciar, motivar e conduzir outros a contribuírem para a eficácia e sucesso das organizações de que fazem parte (Cunha, Rego, Cunha, & Cabral-Cardoso, 2007).

A liderança, ou a falta dela, é considerada uma variável chave para o desempenho das equipas e uma das principais causas do sucesso ou insucesso das unidades de trabalho em equipa (Katzenbach, 1997).

Alguns autores concluem que existe uma correlação positiva entre liderança e satisfação no trabalho dos profissionais de saúde (e.g., Berson & Linton, 2005; Loke, 2001; Dunham-Taylor, 2000; Hespanhol, Pereira, & Pinto, 1999; Lowe, Kroeck, & Sivasubramaniam, 1996; Martin, 1990; Morrison, Jones, & Fuller, 1997; Mosadeghrad, 2003; Seo, Ko, & Price 2004; Stordeur, Vandenberghe, & D'hoore, 2000; Vance & Larson, 2002).

3.1. ESTILOS DE LIDERANÇA

Existem diversos estilos de liderança, entre vários são eles: liderança burocrática, autocrática, laissez-faire, transacional e transformacional (Mosadeghrad, 2004).

Segundo alguns autores, os estilos de liderança correspondem a conjuntos de comportamentos que os líderes assumem para influenciar o comportamento dos seus liderados (e.g., Antonakis, Cianciolo, & Sternberg, 2004; Bass & Riggio, 2006) e estão associados aos comportamentos e percepções dos funcionários (Bass, 1999).

3.1.1. LIDERANÇA BUROCRÁTICA

A Liderança Burocrática é baseada em políticas e procedimentos. Os trabalhos são executados apenas e só de acordo com um conjunto de procedimentos pré-definidos e uma das consequências deste estilo de liderança é a falta de criatividade e de motivação. Os líderes burocráticos tendem a ignorar as qualidades e os pontos fortes dos seus liderados, uma vez que se concentram mais em saber se todos eles estão a seguir os procedimentos. Este estilo de liderança é mais utilizado por líderes inseguros

que têm medo de falhar devido a desvios das diretrizes da organização e muitas vezes dificulta mais a equipa do que a ajuda (Hodgkinson, 2009).

O estilo de liderança burocrática tem um impacto negativo no desempenho e não motiva a equipa a trabalhar e a produzir como o esperado (Ojokuku, Odetayo, & Sajuyigbe, 2012).

3.1.2. LIDERANÇA AUTOCRÁTICA

A liderança autocrática caracteriza-se pelo controlo de um indivíduo, geralmente é o líder que assume a responsabilidade do projeto e toma as decisões sozinho. Por norma, os líderes autocráticos tomam as decisões com base nas suas próprias ideias e raramente aceitam opiniões dos seus liderados, ou seja, a liderança autocrática envolve controlo absoluto e autoritarismo sobre o grupo de trabalho. Este estilo de liderança exige dos seus liderados que sejam leais e obedientes, e estes são punidos caso os objetivos iniciais não sejam atingidos (Giltinane, 2013). Muitas vezes os membros da equipa podem ter contribuições úteis para melhorar os processos existentes, mas a sua opinião não é permitida e isso constitui uma desvantagem deste estilo de liderança.

3.1.3. LIDERANÇA LAISSEZ-FAIRE

O estilo de Liderança Laissez-Faire consiste em as pessoas poderem realizar as suas tarefas da forma que acham mais correta, ou seja, é um estilo de liderança completamente oposto à liderança burocrática. Neste estilo de liderança, o líder não exige nem políticas nem procedimentos e permite que os liderados tomem as suas próprias decisões em relação ao trabalho (Hodgkinson, 2009). Os líderes do Laissez-Faire não dão orientações, não tomam as decisões e não se posicionam perante a equipa, pelo que muitas vezes esta forma de atuar leva a equipa a pensar que o líder não está envolvido e ainda, que está desinteressado (Avolio, Howell, & Sosik, 1999). Este estilo de liderança é, habitualmente, usado com mais frequência por líderes novos e inexperientes ou por líderes já no final das suas carreiras (Goethals, Sorenson, & Burns, 2004; Skogstad, Einarsen, Torsheim, Aasland, & Hetland, 2007). Alguns autores consideram que este estilo de liderança é a forma menos eficaz de obter bons resultados (e.g., Khan, Ramzan, Ahmed & Nawaz, 2011) e possivelmente tem uma relação negativa com a satisfação no trabalho (Rowold & Wolff, 2009). Está ainda

correlacionado com o conflito e ambiguidade de papéis, bem como com o conflito entre colegas de trabalho (Skogstad *et al.*, 2007).

3.1.4. LIDERANÇA TRANSACIONAL

A Liderança Transacional, por sua vez, é caracterizada pela atribuição de recompensas e sanções contingentes aos seus liderados, associadas ao seu comportamento, esforço ou resultados. O objetivo é criar um sistema de incentivos através do qual os liderados se esforcem mais em virtude do aumento do desempenho e conseqüentemente serão recompensados (Lunenburg, 2011). As recompensas contingentes, por sua vez, estão correlacionadas com a motivação dos liderados (Judge & Piccolo, 2004). No entanto, o efeito dessas recompensas e o impacto na motivação dos subordinados, depende da sua natureza (Deci, 1971). No caso de as recompensas serem utilizadas com o propósito de convencer os liderados a fazer coisas que de outra forma não fariam, e de forma a controlarem os seus comportamentos, as recompensas contribuem para a redução da motivação intrínseca (Deci, 1971; Deci, Koestner, & Ryan, 1999).

3.1.5. LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL

A Liderança Transformacional tem sido considerada a teoria da liderança mais influente nas últimas décadas (Avolio, Walumbwa, & Weber, 2009; Judge & Piccolo, 2004; Sosik & Jung, 2010). É definida como um conjunto de comportamentos que motivam os seus seguidores a alcançar o desempenho, alterando as suas atitudes, crenças e valores (Bass, 1985; Yukl, 1999). Os seguidores de líderes transformacionais têm uma forte identificação pessoal com este, uma visão compartilhada para o futuro e a capacidade de trabalhar em conjunto para o benefício de toda a equipa (Kelloway, Barling, Kelley, Comtois, & Gatién, 2003). Estes líderes ajudam os seus seguidores a fazerem uma transformação positiva neles mesmos (Cetin & Kinikb, 2015). Posto isto, podemos afirmar que os líderes transformacionais inspiram os seus seguidores a fazer mais do que o necessário nas organizações (Sosik, Avolio, & Jung, 2002).

Na área da saúde mais concretamente, as equipas de enfermagem normalmente preferem líderes transformacionais porque estes atendem às necessidades individuais dos seus seguidores (Andrews & Dziegielewski, 2016).

Vários estudos concluem que a Liderança Transformacional está positivamente relacionada com o desempenho (e.g., Avolio & Luthans, 2006; Liao e Chuang, 2007) e

Líderes mais transformacionais e autênticos têm um impacto mais positivo na motivação dos seus liderados (Avolio & Luthans, 2006).

Os estilos de liderança influenciam significativamente a satisfação dos funcionários e o seu comprometimento organizacional (Bass & Avolio, 1997). Ainda assim, existem poucos estudos na área da saúde que investigaram a relação entre a liderança e o comprometimento organizacional, especificamente, na perspetiva da retenção de funcionários (Gould & Fontenla, 2006).

3.2. IMPORTÂNCIA DO PAPEL DO LIDER

Todos os estilos de liderança, ainda que diferentes, são necessários para diferentes situações e cada líder deve saber qual a abordagem específica que deve exibir em determinado momento. O estilo de liderança de um líder pode ainda ser visto como o conjunto das atitudes, comportamentos, características e habilidades baseadas nos valores individuais e organizacionais (Mosadeghrad, 2003). O líder deve possuir conhecimentos e competências para agir da forma mais correta em cada situação e nenhum estilo de liderança é considerado ideal e aplicável a todas as situações. Usando estilos de liderança adequados, os líderes afetam a satisfação no trabalho, a produtividade, o comprometimento dos funcionários e contribuem para um ambiente de trabalho saudável.

Mais importante do que escolher um estilo de liderança, é os líderes escolherem a melhor maneira de liderar, de acordo com a situação e circunstâncias (Kouzes & Posner, 1997). A liderança quando eficaz, pode provocar nos liderados atitudes como, o assumir de tarefas, a resolução problemas e a tomada de decisões que melhorem o desempenho da equipa e da organização (Bennett, 2009). Alguns autores afirmam que líderes eficazes utilizam vários estilos de liderança e dessa forma adaptam-se com sucesso ao ambiente em que trabalham, aos colegas e às diversas situações (e.g., DuBrin, 2004; Goleman, 2001; Northouse, 2001; Scott, Bishop, & Chen, 2003).

Os líderes desempenham um papel fundamental na criação de um ambiente de trabalho no qual os funcionários se sintam bem (Nielsen, Yarker, Brenner, Randall, & Borg, 2008; Rasulzada, Dackert & Johansson, 2003). A comunicação dos líderes contribui bastante para a satisfação dos funcionários (Fix & Sias, 2006; Madlock, 2008) e líderes com competências e *skills* de comunicação bem desenvolvidas, contribuem para uma maior produtividade e satisfação dos funcionários (Gale, 2004). Para além das competências

de comunicação, também as características pessoais dos líderes são importantes para o sucesso da liderança (DuBrin, 2004; Holden Leadership Center, 2009).

O comportamento dos líderes influencia o bem-estar dos funcionários e em caso de stress, quando existe um relacionamento de alta qualidade entre líder e membros, é muito mais fácil de os funcionários enfrentarem o stress e saberem geri-lo (Schaufeli & Enzmann, 1998).

3.3. RELAÇÃO ENTRE LÍDERES E MEMBROS

Outro aspeto importante da liderança é a inteligência emocional (IE), alguns autores afirmam que a IE é uma variável que afeta o desempenho dos líderes (Day, 2000; Sternberg, 1997). A IE está relacionada com a capacidade de as pessoas reconhecerem e controlarem as suas emoções, bem como terem a capacidade de lidar com as emoções dos outros, portanto, é uma característica importante que um líder deve ter. A IE de um líder pode ter bastante influência sobre os seus liderados, bem como nas relações interpessoais existentes dentro da organização.

O bom relacionamento entre líderes e membros é essencial para a saúde individual e organizacional (Selye, 1974). Muitos sintomas e doenças relacionadas com o stress podem surgir quando o relacionamento entre um funcionário e um líder não é saudável (Cooper & Payne, 1991). Assim, alguns autores concluem que o relacionamento entre os funcionários e os líderes constitui uma das fontes mais comuns de stress nas organizações (e.g., Landeweerd & Boumans, 1994; Tepper, 2000). Portanto, um bom relacionamento entre líderes e trabalhadores pode reduzir o stress e melhorar o bem-estar dos funcionários (Bass, 1990; Yukl, 1994). Podemos então concluir que, por sua vez, os comportamentos abusivos de líderes contribuem para altos níveis de stress e baixo bem-estar dos trabalhadores.

Na área da saúde, a dinâmica contextual da liderança é potencialmente a mais complexa e desafiadora de todos os contextos (Denis, Langley, & Rouleau, 2010), dado que os líderes desta área enfrentam muitos desafios, como por exemplo, novas tecnologias, restrições financeiras, novos papéis, entre outros. Esses desafios implicam que os líderes implementem, muitas vezes, novas mudanças e em todas as instituições de saúde, a liderança deve impulsionar e incentivar mudanças efetivas de forma a alcançar a excelência no atendimento dos pacientes (Sullivan & Garland, 2010). A liderança é de extrema importância nesta área (Greenfield, 2007; Sutherland & Dodd,

2008), e mais precisamente em enfermagem, a liderança é imprescindível, uma vez que os enfermeiros representam a mais extensa disciplina na área da saúde (Marquis & Huston, 2009; Roussel, Swansburg & Swansburg, 2009; Sullivan & Garland, 2010).

Os profissionais de saúde sofrem de um cansaço emocional muito grande, derivado das exigências do seu trabalho e por isso, precisam de supervisores que promovam relacionamentos saudáveis entre eles e os líderes (Evered & Selman, 1989). O apoio insuficiente dos líderes e o conflito entre colegas contribuem fortemente para a exaustão emocional (Beehr, 1985; Leiter, Gaudet & Millett, 1986). Um ambiente saudável transmite uma sensação de paz e serenidade e isso faz com que os profissionais se sintam muito mais estáveis a exercer as suas funções.

Estudos afirmam que a participação limitada dos enfermeiros na tomada de decisões afeta o ambiente de trabalho e contribui para o aumento da desconfiança na gestão (Blythe, Baumann, & Giovannetti, 2001), para além de aumentar os níveis de stress e reduzir a satisfação e o comprometimento organizacional (Blythe et al, 2001; Burke & Greenglass, 2001; Laschinger, Finegan, Shamian, & Almost, 2001).

Os profissionais de saúde constituem o grupo mais poderoso dentro de uma organização de saúde (Nunes, 1994), dado que são eles que estão em contacto permanente com os pacientes. A satisfação dos profissionais está associada às características do trabalho e à relação que têm com os colegas e com os seus líderes (Gaspar, 2019) e o seu comprometimento organizacional influencia o seu desempenho e por isso, é importante saber gerir bem essas condicionantes. O baixo nível de satisfação e comprometimento organizacional dos profissionais de saúde podem levar ainda a reduções na qualidade do serviço que é prestado ao cliente (Ford *et al.*, 2006).

4. DESEMPENHO

Definido de uma forma simplificada, o desempenho é a conjugação de uma atividade de trabalho com os resultados obtidos (Kearny, 2014). Por exemplo, atender um telefonema é apenas uma atividade, mas atender um telefonema e resolver o problema do cliente é desempenho (Kearny, 2014). Outros autores defendem que o desempenho vai além da execução das tarefas específicas e envolve um vasto leque de atividades importantes (Arvey & Murphy, 1998).

A gestão do desempenho é um processo que consiste nos comportamentos dos líderes e que visam definir, medir, motivar e desenvolver o desempenho dos profissionais (Kinicki, Jacobson, Peterson, & Prussia, 2013). Os autores consideram que a gestão do desempenho é uma área que necessita de estudo e medição própria e por isso, desenvolveram uma escala válida e confiável que mede um conjunto de comportamentos de gestão de desempenho, que ajudarão os gestores na execução eficaz do processo de gestão de desempenho (Kinicki, Jacobson, Peterson, & Prussia 2013). Esta escala, conhecida como *Performance Management Behavior Questionnaire* (PMBQ) mede seis áreas comportamentais: o estabelecimento de objetivos, a comunicação, o *Feedback*, o *Coaching*, o estabelecimento de consequências e o estabelecimento e monitorização das expectativas de desempenho. Os autores acreditam que este instrumento pode ajudar as organizações a perceber se os seus líderes têm as habilidades e capacidades para tornar o processo de avaliação de desempenho mais valioso.

4.1. INFLUÊNCIA DA LIDERANÇA NO DESEMPENHO

A liderança tem muita influência no desempenho dos profissionais e existe uma relação positiva entre confiança e desempenho no trabalho (Dirks & Ferrin, 2002), pelo que os líderes devem demonstrar que os profissionais podem confiar neles. A confiança aumenta a moral dos profissionais, a produtividade, o desempenho da equipa e o desempenho organizacional (Gibson, 2011). As organizações de saúde devem avaliar os líderes com base na sua capacidade de desenvolver equipas de profissionais com elevados níveis de confiança, satisfação no trabalho e comprometimento organizacional, promovendo assim a motivação, o desempenho e a qualidade do serviço prestado ao cliente (e.g., Blossom, Yung-Kai, Cheng-Chieh, & Tien-Tse, 2013; Lawson, Noblet, & Rodwell, 2009; Mao & Hsieh, 2013). Vários autores concluem que os elevados

níveis de confiança, comprometimento organizacional e satisfação no trabalho melhoram o desempenho (e.g., Akdere, Gider, & Top, 2012; Luboga, Hagopian, Ndiku, Bancroft e McQuide, 2011; Top, Akre, & Tarcan, 2015; Top & Gider, 2013).

Como já foi referido, os líderes desempenham um papel muito importante na criação de um bom ambiente de trabalho e isso implica saber lidar com os fatores psicossociais e saber geri-los, de forma que os profissionais se sintam bem e possam desempenhar as suas funções com motivação, confiança e comprometidos com a organização, promovendo assim o desempenho. Um dos fatores psicossociais mais predominante e crítico, como já foi mencionado, é o stress e este pode comprometer o desempenho dos profissionais de saúde, cabendo por sua vez ao líder, saber gerir todas as situações de stress reduzindo o impacto destes no bem-estar dos profissionais bem como no seu desempenho.

5. APRESENTAÇÃO PERGUNTAS DE PARTIDA, PERGUNTAS DERIVADAS E HIPÓTESES

Como já foi referido em capítulos anteriores, ao longo das últimas décadas tem havido muitas alterações no mundo do trabalho e uma delas, é o facto dos riscos laborais não serem apenas físicos, químicos e biológicos, mas também psicossociais. Os fatores psicossociais têm sido alvo de vários estudos ao longo dos últimos anos (e.g. Jiménez, 2011; OIT, 1986; OMS, 1981) e podem ser definidos como todos os aspetos que definem a interação subjetiva entre o trabalhador e o seu trabalho (OMS, 1981).

Quando falamos de fatores psicossociais importa também salientar os seus associados, riscos psicossociais. Estes por sua vez, têm potencial de causar danos psicológicos, físicos ou sociais nos trabalhadores e nos últimos anos, não só aumentaram com também se intensificaram (Jiménez, 2011). São exemplos de riscos psicossociais o excesso de trabalho; a ausência de clareza na definição e descrição das funções; a insegurança laboral; a comunicação ineficaz; a falta de apoio dos supervisores e colegas; o assédio sexual ou psicológico, bem como a violência, entre muitos outros.

Os fatores e os riscos psicossociais são um dos maiores problemas para a Saúde Ocupacional (EU-OSHA, 2007) e por esse motivo devem ser tratados com a devida importância. As organizações devem fazer uma gestão adequada dos riscos psicossociais, no entanto, a procura por maior produtividade, a redução do número de trabalhadores e a pressão para a execução de muitas e variadas tarefas, contribuem para o aumento dos fatores de risco psicossociais (Leka & Jain, 2010; OIT, 1986).

Os profissionais da área da saúde estão constantemente expostos a riscos psicossociais, um deles o stress, e este, como já foi referido, representa um problema grave de saúde pública (EU-OSHA, 2007). Em casos mais graves e não diagnosticados ou devidamente tratados, pode levar os trabalhadores ao *burnout*. Para além disso, tem sido associado ao desenvolvimento de distúrbios físicos e psicológicos com graves consequências na qualidade de vida e no desempenho profissional dos trabalhadores (Ito *et al.*, 2014).

Outro aspeto importante e que pode ser muitas vezes causador de stress são as más relações existentes na organização, não só entre colegas, mas também entre os profissionais e os seus líderes, e que provocam um ambiente de trabalho desfavorável.

O relacionamento interpessoal é fundamental e de extrema importância, principalmente nos trabalhos em que as execuções das tarefas implicam ser feitas em equipa, como é o caso do trabalho dos profissionais de saúde. Existindo más relações entre eles, torna-se mais complicado trabalharem em conjunto e pode ainda tornar-se uma fonte de stress. É aqui que a liderança apresenta um carácter imprescindível, deve o líder saber gerir as situações e proporcionar um ambiente de trabalho saudável.

Novamente, a liderança, ou a falta dela, é considerada uma variável chave para o desempenho das equipas e uma das principais causas do sucesso ou insucesso das unidades de trabalho em equipa (Katzenbach, 1997).

Naturalmente, os líderes não são todos iguais e não agem todos da mesma forma. E por isso, foram definidos vários estilos de liderança: liderança burocrática; liderança autocrática; liderança laissez-faire; liderança transaccional e liderança transformacional.

Resumindo, a liderança burocrática é baseada em políticas e procedimentos; a liderança autocrática caracteriza-se pelo controlo absoluto e autoritarismo sobre o grupo de trabalho; a liderança laissez-faire caracteriza-se pela liberdade de as pessoas poderem realizar as suas tarefas da forma que acham mais correta; a liderança transaccional caracteriza-se pela atribuição de recompensas e sanções contingentes aos seus liderados, associadas ao seu comportamento, esforço ou resultados; e por fim, a liderança transformacional é definida como um conjunto de comportamentos que motivam os seus seguidores a alcançar o desempenho, alterando as suas atitudes, crenças e valores (Bass, 1985; Yukl, 1999).

Apesar de existirem vários estilos de liderança, o mais importante é que o líder possua conhecimentos e competências para agir da forma mais correta em cada situação, e nenhum estilo de liderança é considerado ideal e aplicável a todas as situações.

Um bom relacionamento entre líderes e membros é essencial para a saúde individual e organizacional (Selye, 1974) e pode reduzir o stress e melhorar o bem-estar dos funcionários (Bass, 1990; Yukl, 1994). Para além disso, a liderança tem muita influência no desempenho dos profissionais e existe uma relação positiva entre a confiança e o desempenho no trabalho (Dirks & Ferrin, 2002). Vários autores concluem que os elevados níveis de confiança, comprometimento organizacional e satisfação no trabalho melhoram o desempenho (e.g., Akdere, Gider, & Top, 2012; Luboga, Hagopian, Ndiku, Bancroft e McQuide, 2011; Top, Akre, & Tarcan, 2015; Top & Gider, 2013).

A satisfação dos profissionais está associada às características do trabalho e à relação que têm com os colegas e com os seus líderes (Gaspar, 2019).

O comportamento dos líderes influencia o bem-estar dos funcionários e em caso de stress, quando existe um relacionamento de alta qualidade entre líder e membros, é muito mais fácil de os funcionários enfrentarem o stress e saberem geri-lo (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Na sequência do exposto, as nossas variáveis independentes são o stress e a liderança e a variável dependente o desempenho, e o presente estudo pretende dar resposta à pergunta de partida: de que forma é que a liderança e o stress influenciam o desempenho dos profissionais de saúde?

Consecutivamente, pretende dar também resposta às seguintes perguntas derivadas da pergunta de partida:

- Existe influência da qualidade da liderança no desempenho dos profissionais de saúde?
- Existe influência do apoio social dos superiores no desempenho dos profissionais de saúde?
- Existe influência do stress no desempenho dos profissionais de saúde?

Com base nestas perguntas foram definidas as seguintes hipóteses:

H1 – A qualidade da liderança influencia positivamente o desempenho dos profissionais de saúde.

H2 – O apoio social dos superiores influencia positivamente o desempenho dos profissionais de saúde.

H3 - O stress influencia negativamente o desempenho dos profissionais de saúde.

Na sequência da apresentação da pergunta de partida, perguntas derivadas e hipóteses, passamos à secção da metodologia que serviu de base à recolha de dados.

6. METODOLOGIA

6.1. CONTEXTO: SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é uma estrutura através do qual o direito à saúde é assegurado pelo Estado Português.

O SNS nasceu em 1979 com a publicação da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro com o objetivo de assegurar o acesso gratuito a cuidados de saúde. Até à criação do sistema, a assistência médica não estava ao alcance de todos, mais concretamente, não estava ao alcance dos pobres. É financiado através de impostos e é um seguro público, praticamente gratuito.

Segundo a Lei n.º 95/2019, Lei de Bases da Saúde, “O SNS é o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde”.

Basicamente, o SNS é o conjunto de instituições e serviços que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde de que necessitam e fazem parte dele os agrupamentos de centros de saúde, as unidades hospitalares e as unidades de saúde locais. Podem beneficiar do SNS todos os cidadãos portugueses; os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal e os cidadãos nacionais de Estados Membros de União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis.

6.2. PARTICIPANTES

Os participantes correspondem a Profissionais de Saúde e a Membros da Administração e Gestão das organizações de saúde em estudo. Consideram-se Profissionais de saúde os médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e ainda outros quadros superiores (Gaspar, 2019).

São 470 profissionais na área da saúde, em que 80% são mulheres e 20% são homens. A idade deles varia entre os 20 e os 68 anos, sendo que os participantes que têm até 35 anos correspondem a 21,3% da amostra, entre 36 e 50 anos correspondem a 48,1% e com 51 ou mais anos, 30,6%. Verificou-se que 70,9% dos participantes são casados ou vivem em união de facto e que 71,1% tem filhos. Relativamente à escolaridade,

verificou-se que 16,4% tem até ao 12º ano, 55,7% são licenciados e 27,9% são mestres ou doutorados. No que diz respeito ao contrato de trabalho, 13,2% tem contrato com termo certo, 47,4% tem contrato sem termo com dedicação exclusiva e 39,4% tem contrato sem termo e sem dedicação exclusiva. Quanto ao horário de trabalho, 68,5% dos participantes trabalha 35 horas semanais e 31,5% trabalham 40 ou mais horas por semana. Relativamente à satisfação com a remuneração¹, dos 470 participantes, 94,3% estão insatisfeitos com a sua remuneração, enquanto apenas 5,7% estão satisfeitos.

Tabela 1 - Distribuição sociodemográfica dos participantes

Caracterização Sociodemográfica		Frequência	%
Género	Feminino	376	80
	Masculino	94	20
Faixa Etária	Até 35 anos	100	21.3
	36 a 50 anos	226	48.1
	51 ou mais anos	144	30.6
Estado Cívil	Solteiro/Divorciado/Viuvo	137	29.1
	Casado/União de Facto	333	70.9
Parentalidade	Sim	334	71.1
	Não	136	28.9
Escolaridade	Até 12º ano	77	16.4
	Licenciatura	262	55.7
	Mestrado/Doutoramento	131	27.9
Situação Profissional	Contrato com termo certo	62	13.2
	Contrato sem termo com dedicação exclusiva	223	47.4
	Contrato sem termo sem dedicação exclusiva	185	39.4
Horário de Trabalho	35horas	322	68.5
	40 horas ou mais	148	31.5
Satisfação com Remuneração	Insatisfação (0-7)	443	94.3
	Satisfação (8-10)	27	5.7

Os participantes estão distribuídos em nove grupos profissionais. Como podemos visualizar na tabela 2, a maioria dos participantes pertence ao grupo profissional de

¹ Na primeira fase do estudo, em entrevista aos peritos de saúde, foi sugerido que não fizessem perguntas diretas sobre a remuneração.

enfermagem com 38,7% e a outros profissionais com 25,3%. Segue-se o grupo profissional Médico e Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica com 13,6% e 9,4%, respetivamente. Os participantes dos grupos profissionais Técnico Superior de Saúde e Técnico Superior correspondem a 5,3% e 5,1%, respetivamente, e os três grupos profissionais com menor percentagem de participantes são o grupo docente e o grupo dirigente ambos com 1,1% e o grupo profissional informático com 0,4%.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes por grupo profissional

Grupo Profissional	Frequência	%
Dirigente	5	1.1
Médico	64	13.6
Enfermeiro	182	38.7
Informático	2	0.4
Técnico Superior de Saúde	25	5.3
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	44	9.4
Técnico Superior	24	5.1
Docente	5	1.1
Outro	119	25.3

6.3. INSTRUMENTOS

O instrumento utilizado para caracterizar a amostra, foi um questionário onde os participantes responderam às seguintes questões sociodemográficas: idade, género, estado civil, paternidade, nível de escolaridade, situação profissional, área de formação e especialidade, tempo de serviço em anos, horário de trabalho e satisfação com a remuneração.

O instrumento utilizado para medir os fatores psicossociais foi o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* - COPSOQ II (versão curta) de Kristensen (2002) traduzida e adaptada para português por Silva *et al.* (2011) (Gaspar, 2019).

O COPSOQ II é um instrumento de avaliação que pretende identificar os riscos psicossociais do trabalho mediante a aplicação de uma abordagem multidimensional, com um leque muito amplo de aspetos (Kristensen, Hannerz, Hogh, & Borg, 2005), como por exemplo, as relações sociais e de liderança e o stress e *burnout*. É um instrumento baseado no modelo de exigência e controlo, que tenta explicar o stress como consequência das elevadas exigências no trabalho e de um baixo apoio social (Kristensen *et al.*, 2005).

Portugal, seguindo o exemplo dos vários países que utilizam o COPSOQ II usou este instrumento com o objetivo de avaliar o impacto dos fatores psicossociais no trabalho e contribuir para o progresso científico no campo da saúde ocupacional (Silva *et al*, 2011).

A versão portuguesa deste instrumento tem três versões: curta, média e longa. A versão curta, que foi a utilizada no projeto, é constituída por 41 itens, organizados em 8 dimensões: exigências laborais (6 itens), organização do trabalho e conteúdo (6 itens), relações sociais e liderança (7 itens), interface trabalho-indivíduo (4 itens), valores no local de trabalho (5 itens), personalidade (1 item), Saúde e Bem-estar (7 itens) e comportamentos ofensivos (4 itens). As perguntas devem ser sempre adaptadas ao contexto laboral em questão e as respostas seguem uma escala de Likert de 5 pontos (1 – nunca/quase nunca a 5 – extremamente).

Apenas foram utilizadas duas dimensões do COPSOQ II neste estudo: relações sociais e liderança e saúde e bem-estar. Dentro das relações sociais e de liderança foram avaliados a qualidade de liderança (4 itens) e o apoio social dos superiores (3 itens), enquanto na dimensão de saúde e bem-estar foram avaliados o stress (2 itens) e o *burnout* (2 itens).

A liderança foi medida com base nas respostas integrantes da dimensão relações sociais e liderança do COPSOQ II, que corresponde a sete questões relacionadas com a qualidade da liderança e com o apoio recebido dos superiores. As respostas devem refletir a opinião de cada profissional para com a forma como o seu trabalho e suas responsabilidades são transmitidas, bem como a sua opinião sobre o apoio recebido dos seus superiores.

Foi utilizada uma versão traduzida e adaptada da *Performance Management Behavior Questionnaire* (PMBQ) de Kinicki, Jacobson, Peterson, & Prussia (2013) para medir a gestão do desempenho. Este instrumento é constituído por 27 itens estruturados em 6

dimensões: processo de estabelecimento de objetivos (5 itens), comunicação (4 itens), *feedback* (5 itens), *Coaching* (5 itens), estabelecimento de consequências (3 itens) e estabelecimento e monitorização das expectativas de desempenho (5 itens). A resposta tem um intervalo numa escala de 5 pontos (1- raramente ou nunca a 5 – frequentemente ou sempre) (Gaspar, 2019).

6.4. PROCEDIMENTO

O estudo apresentado nesta dissertação foi desenvolvido no âmbito de um projecto de investigação mais vasto desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS) e Centro de Investigação em Organizações Mercados e Gestão Industrial (COMEGI) com coordenação da Prof.^a Doutora Tânia Gaspar e Prof.^a Doutora Manuela Faia Correia. O projeto tem o objetivo de propor um modelo que compreenda a relação dos fatores psicossociais, organizacionais e profissionais que influenciam a qualidade de vida e o desempenho dos profissionais de saúde (Gaspar, 2019).

O processo de recolha de dados envolveu várias fases. Na primeira fase, o projeto foi submetido à Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa, do Centro Hospitalar Lisboa Norte da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ao qual obteve o parecer favorável ref.^a n^o 35/19 (Gaspar *et al.*, 2019).

Foi solicitado à administração das três organizações de saúde em estudo, a aplicação do questionário e após a sua aprovação, foram realizadas várias reuniões com os diretores hospitalares das especialidades envolvidas, com o propósito de apresentar o projeto e envolvê-los no processo da recolha dos dados (Gaspar *et al.*, 2019).

Depois da apresentação do projeto à administração e respetivos colaboradores em estudo e após a respetiva aceitação de participação, o estudo foi submetido às comissões de ética e conselhos de administração, onde também recebeu parecer favorável (Gaspar *et al.*, 2019).

A administração destas organizações de saúde enviou um email aos profissionais de saúde a sensibilizá-los para a participação no estudo e posteriormente foi enviado um segundo email com um link para acederem ao respetivo questionário (em anexo). A página inicial é constituída por uma carta de consentimento e somente após o participante consentir é que prossegue para o questionário (Gaspar *et al.*, 2019).

Foram convidados a responder ao questionário todos os membros da administração, da gestão e os profissionais de saúde das organizações de saúde em estudo (Gaspar, 2019).

Os dados foram recolhidos em três organizações hospitalares, situadas em Portugal Continental e integradas no SNS. 20,8% dos dados foram recolhidos na Organização A (situada na zona centro); 16,2% na Organização B (situada na zona da Grande Lisboa); e 63% na Organização C (situada na Zona Norte).

Ao abrigo do protocolo realizado no âmbito do projeto com a DGS, somos obrigados ao anonimato e confidencialidade, e por esse motivo não podemos identificar as organizações de saúde em estudo (ver anexo B).

Os dados obtidos foram tratados no programa informático de estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 23.

Inicialmente foi feito um teste à fiabilidade da escala com recurso ao alfa de Cronbach. O objetivo foi avaliar a consistência interna das dimensões e subescalas de avaliação dos fatores psicossociais do trabalho e das subescalas de gestão do desempenho. O alfa de Cronbach é um teste que serve para verificar a consistência interna de um grupo de variáveis. (Pestana & Gageiro, 2014). A consistência interna, por sua vez, é uma medida de confiabilidade em que os itens do questionário são correlacionados com o objetivo de determinar a forma como eles medem o mesmo conceito. Para utilizar esta medida de confiabilidade, os itens devem pertencer todos ao mesmo questionário e serem aplicados na mesma altura (Pestana & Gageiro, 2014).

Considerou-se que a amostra tem distribuição normal e não se aplicou o teste de normalidade, pelo facto de esta ter dimensão superior a 30 e pelo Teorema do Limite Central, a distribuição da amostra aproxima-se da normal quando $n > 30$ (Pestana & Gageiro, 2014).

Correlacionou-se as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho e as subescalas de gestão do desempenho, de maneira a perceber se existe uma relação entre os fatores psicossociais do trabalho e o desempenho dos profissionais de saúde. Para tal, utilizou-se o coeficiente de Correlação de Pearson. Trata-se de um coeficiente de correlação paramétrico que serve para estudar a relação entre as variáveis, não

expressando relações de causalidade e aplicando-se apenas quando ambas as variáveis são de nível quantitativo (Pestana & Gageiro, 2014).

Para comparar a média de respostas entre as variáveis sociodemográficas para as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho e para as subescalas de gestão do desempenho, utilizou-se a Análise de Variância ANOVA, que se aplica quando pretendemos comparar a média de uma variável dependente com dois ou mais grupos independentes definidos por uma variável independente (Laureano, 2020). Aplicaram-se os testes F para verificar se em alguma subescala existiam diferenças significativas entre as variáveis sociodemográficas. Este teste permite-nos verificar se existe pelo menos uma variável independente que influencia significativamente a média de respostas entre os grupos (Laureano, 2020). Para todos os testes, assumiu-se $p\text{-value} \leq 0,05$ como nível de significância estatística.

Por último e com o objetivo de testar as hipóteses de investigação formuladas (*H1 - A qualidade da liderança influencia positivamente o desempenho dos profissionais de saúde; H2 - O apoio social dos superiores influencia positivamente o desempenho dos profissionais de saúde; e H3 - O stress influencia negativamente o desempenho dos profissionais de saúde*), foi feita uma análise de regressão linear. Pretendeu-se perceber se existe uma relação de causalidade entre os fatores psicossociais do trabalho e o desempenho dos profissionais de saúde. A regressão linear permite avaliar a relação entre as variáveis, permitindo estabelecer relações de causa-efeito através da identificação correta da variável dependente e da variável independente (Marôco & Bispo, 2005).

Aplicou-se a estatística F (teste F) para verificar se existe pelo menos uma subescala dos fatores psicossociais que influencia significativamente o desempenho dos profissionais de saúde. Este teste permite-nos verificar se existe pelo menos uma variável independente que influencia significativamente a variável dependente (Laureano, 2020).

De seguida foram aplicados os testes paramétricos T-student (teste T) para analisar a significância de cada parâmetro do modelo. Estes testes podem aplicar-se em amostras independentes, com o pressuposto de que a distribuição da variável seja normal (Pestana & Gageiro, 2014).

7. TRATAMENTO DE DADOS E RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e analisados os resultados obtidos através dos instrumentos utilizados. Inicialmente procede-se à análise das qualidades métricas do instrumento de medida, de seguida compara-se as variáveis sociodemográficas entre grupos e por fim, com o objetivo de confirmar ou refutar as hipóteses de investigação formuladas, apresenta-se a regressão linear.

7.1. ANÁLISE DAS QUALIDADES MÉTRICAS DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

O teste à fiabilidade da escala de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho foi feito com recurso ao alfa de Cronbach. O valor do alfa de Cronbach deve ser positivo, variar entre 0 e 1 e os autores Pestana & Gageiro (2014) classificam-no conforme a seguinte tabela.

Tabela 3 - Classificação dos valores de alpha de cronbach

Valor de alfa	Classificação
> 0,9	Consistência Muito Boa
0,8 - 0,9	Consistência Boa
0,7 - 0,8	Consistência Razoável
0,6 - 0,7	Consistência Fraca
< 0,6	Consistência Inadmissível

Tabela 4 - Estatística descritiva e consistência interna das dimensões e subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho

Riscos Psicossociais do Trabalho	M	DP	α
Relações Sociais e de Liderança	2,84	0,68	0,93
Qualidade de Liderança	3,01	1,01	0,92
Apoio Social de Superiores	2,66	1,08	0,93
Saúde e Bem-estar	2,78	0,77	0,90
Stress	2,88	0,92	0,84
<i>Burnout</i>	3,06	0,93	0,83

A Tabela 4 apresenta a Média e o Desvio Padrão de cada dimensão e subescalas de avaliação dos fatores psicossociais do trabalho e o valor correspondente da consistência interna.

O valor médio da dimensão Relações Sociais e de Liderança (M=2,84; DP=0,68) demonstra que houve uma avaliação positiva, mas não muito elevada, tendo em conta que avaliação pode variar entre 1 e 5. Observa-se que a qualidade da liderança (M=3,01; DP=1,01) apresenta um valor médio mais elevado do que o apoio social dos supervisores (M=2,66; DP=1,08).

Na dimensão Saúde e Bem-estar (M=2,78; DP=0,77) verifica-se que o valor médio do stress (M=2,88; DP=0,92) é inferior ao do *burnout* (M=3,06; DP=0,93), no entanto são valores médios consideráveis, tendo em conta que representam a saúde e o bem-estar dos profissionais de saúde.

Para todas as dimensões da escala de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho obteve-se um alfa de cronbach superior a 0,90 o que nos permite afirmar que têm uma consistência muito boa.

As subescalas também elas obtiveram uma consistência interna boa. Na dimensão das relações sociais e de liderança, o apoio social dos supervisores obteve o valor mais elevado de 0,93 e a qualidade da liderança com 0,92. Na dimensão saúde e bem-estar, os valores correspondem a 0,84 para o stress e 0,83 para o *burnout*.

Tabela 5 - Estatística descritiva e consistência interna total e das subescalas de gestão do desempenho

Desempenho	M	DP	α
Desempenho Total	3,60	0,49	0,92
Processo de estabelecimento de objetivos	2,90	0,94	0,91
Comunicação	4,03	0,53	0,86
<i>Feedback</i>	3,56	0,62	0,85
<i>Coaching</i>	3,72	0,67	0,91
Estabelecimento de consequências	3,60	0,81	0,93
Estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho	3,86	0,66	0,73

A Tabela 5 apresenta a Média e o Desvio Padrão de cada subescala de gestão do desempenho e o valor correspondente da consistência interna.

O valor médio do Desempenho Total (M=3,60; DP=0,49) demonstra que houve uma avaliação positiva nas várias subescalas da gestão do desempenho. Observa-se que a comunicação (M=4,03; DP=0,53) foi a subescala que obteve o valor médio mais elevado enquanto o processo de estabelecimento de objetivos (M=2,90; DP=0,94) foi a subescala com o valor médio mais baixo.

A segunda subescala com maior valor médio foi o estabelecimento e monitorização das expectativas de desempenho (M=3,86; DP=0,66), seguindo-se o *Coaching* (M=3,72; DP=0,67), o estabelecimento de consequências (3,60; DP=,081) e o *Feedback* (M=3,56; DP=0,62), respetivamente.

No global, a escala de desempenho total apresenta um alfa de Cronbach de 0,92, o que significa que a consistência é muito boa e praticamente todas as subescalas apresentam um valor superior a 0,80, tendo estas uma consistência boa, à exceção do estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho, que tem uma consistência razoável.

O valor mais elevado do alfa de Cronbach corresponde ao estabelecimento de consequências, com 0,93, as seguintes com maior valor, com 0,91, correspondem ao processo de estabelecimento de objetivos e ao *coaching* e com 0,86 e 0,85, a comunicação e o *feedback*, respetivamente.

Para analisar a correlação das variáveis utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, trata-se de um coeficiente de correlação paramétrico que serve para estudar a relação entre as variáveis sendo o mais poderoso (Martinez & Ferreira, 2007). O autor Marôco (2011), classifica as correlações conforme a tabela 6.

Tabela 6 - Classificação dos valores de Correlação de Pearson

Valor de Correlação	Classificação
> 0,75	Correlação Muito Forte
0,50 – 0,75	Correlação Forte
0,25 – 0,50	Correlação Moderada
< 0,25	Correlação Fraca

Tabela 7 - Correlação de Pearson entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho e da gestão do desempenho

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Qualidade da Liderança											
2. Apoio Social dos Supervisores	0,720**										
3. Stress	-0,209**	-0,164**									
4. <i>Burnout</i>	-0,214**	-0,145**	0,695**								
5. Despenho Total	0,295**	0,373**	-0,181**	-0,155**							
6. Processo de estabelecimento de objetivos	0,416**	0,427**	-0,084	-0,094	0,637**						
7. Comunicação	0,078	0,048	-0,179**	-0,111*	0,448**	0,008					
8. <i>Feedback</i>	0,129*	0,216**	-0,153**	-0,119*	0,805**	0,392**	0,295**				
9. <i>Coaching</i>	0,156**	0,241**	-0,132*	-0,068	0,779**	0,296**	0,299**	0,631**			
10. Estabelecimento de consequências	0,135*	0,195**	-0,115*	-0,119*	0,717**	0,267**	0,334**	0,533**	0,514**		
11. Estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho	0,163**	0,266**	-0,126*	-0,150**	0,736**	0,261**	0,314**	0,498**	0,516**	0,519**	

Nota: ** Correlação significativa para $p < 0,01$; * Correlação significativa para $p < 0,05$

Na tabela 7, pode verificar-se que existe uma correlação positiva e forte entre o apoio social dos supervisores e a qualidade da liderança ($r=0,720$; $p<0,01$).

Observa-se que stress tem uma correlação negativa e fraca com a qualidade da liderança ($r=-0,209$; $p<0,01$) e com o apoio social dos supervisores ($r=-0,164$; $p<0,01$).

Verifica-se que também o *burnout* se correlaciona de forma negativa e fraca com a qualidade da liderança ($r=-0,214$; $p<0,01$) e com o apoio social dos supervisores ($r=-0,145$; $p<0,01$). Por sua vez, a correlação entre o *burnout* e o stress ($r=0,695$; $p<0,01$) é positiva e forte.

O desempenho total correlaciona-se positiva e moderadamente com a qualidade da liderança ($r=0,295$; $p<0,01$) e com a apoio social dos supervisores ($r=0,373$; $p<0,01$). Já com o stress ($r=-0,181$; $p<0,01$) e o *burnout* ($r=-0,155$; $p<0,01$) correlaciona-se de forma negativa e fraca.

O processo de estabelecimento de objetivos correlaciona-se positiva e moderadamente com a qualidade da liderança ($r=0,416$; $p<0,01$), o apoio social dos supervisores ($r=0,427$; $p<0,01$) e tem uma correlação positiva e forte com o desempenho total ($r=0,637$; $p<0,01$).

A comunicação tem uma correlação negativa e fraca com o stress ($r=-0,179$; $p<0,01$) e o *burnout* ($r=-0,111$; $p<0,05$) e com o desempenho total ($r=0,448$; $p<0,01$) tem uma correlação positiva e moderada.

O *feedback* correlaciona-se de forma positiva e fraca com a qualidade da liderança ($r=0,129$; $p<0,05$) e com o apoio social dos supervisores ($r=0,216$; $p<0,01$) e tem uma correlação positiva e muito forte o desempenho total ($r=0,805$; $p<0,01$). Com o processo de estabelecimento de objetivos ($r=0,392$; $p<0,01$) e com a comunicação ($r=0,295$; $p<0,01$) tem uma correlação positiva e moderada e correlaciona-se de forma negativa e fraca com o stress ($r=-0,153$; $p<0,01$) e o *burnout* ($r=-0,119$; $p<0,05$).

O *coaching* tem uma correlação positiva e fraca com a qualidade da liderança ($r=0,156$; $p<0,01$) e com o apoio social dos supervisores ($r=0,241$; $p<0,01$), tem uma correlação positiva e muito forte com o desempenho total ($r=0,779$; $p<0,01$), uma correlação positiva e moderada com o processo de estabelecimento de objetivos ($r=0,296$; $p<0,01$) e a comunicação ($r=0,299$; $p<0,01$) e entre o *coaching* e o *feedback* ($r=0,631$; $p<0,01$) existe uma correlação positiva e forte. Pelo contrário, o *coaching* e o stress ($r=-0,132$; $p<0,05$) têm uma correlação negativa e fraca.

O processo de estabelecimento de consequências correlaciona-se de forma positiva e fraca com a qualidade da liderança ($r=0,135$; $p<0,05$) e com o apoio social dos supervisores ($r=0,195$; $p<0,05$), tem uma correlação forte com desempenho total ($r=0,717$; $p<0,01$), com o *feedback* ($r=0,533$; $p<0,01$) e com o *coaching* ($r=0,514$; $p<0,01$), com o processo de estabelecimento de objetivos ($r=0,267$; $p<0,01$) e a comunicação ($r=0,334$; $p<0,01$) tem uma correlação positiva e moderada. Esta subescala correlaciona-se de forma negativa e fraca com o stress ($r=-0,115$; $p<0,05$) e o *burnout* ($r=-0,119$; $p<0,05$).

Por fim, o estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho correlaciona-se de forma positiva e fraca com a qualidade da liderança ($r=0,163$; $p<0,01$), tem uma correlação positiva e moderada com o apoio social dos supervisores ($r=0,266$; $p<0,01$), o processo de estabelecimento de objetivos ($r=0,261$; $p<0,01$), a

comunicação ($r=0,314$; $p<0,01$) e o *feedback* ($r=0,498$; $p<0,01$), e tem uma correlação positiva e forte com o desempenho total ($r=0,736$; $p<0,01$), o *coaching* ($r=0,516$; $p<0,01$) e com o processo de estabelecimento de consequências ($r=0,519$; $p<0,01$). Esta subescala correlaciona-se de forma negativa e fraca com o stress ($r=-0,126$; $p<0,05$) e o *burnout* ($r=-0,150$; $p<0,01$).

Nas próximas duas tabelas apresenta-se o número dos participantes do estudo, o valor mínimo e máximo das respostas, bem como as suas médias e desvio padrão, para a escala dos riscos psicossociais e para a escala de gestão do desempenho.

Tabela 8 - Participantes, mínimo, máximo, M e DP das respostas nas subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho

Riscos Psicossociais do Trabalho	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Relações Sociais e de Liderança					
Qualidade da Liderança	470	1	5	3,01	1,01
Apoio Social dos Supervisores	470	1	5	2,66	1,08
Saúde e Bem-estar					
Stress	470	1	5	2,88	0,92
<i>Burnout</i>	470	1	5	3,06	0,93

Na tabela 8 observa-se que o valor mínimo de cada resposta é 1 e o máximo é 5 em todas as subescalas.

As médias das respostas são muito próximas entre as várias subescalas, no entanto no *burnout* ($M=3,06$; $DP=0,93$) verifica-se que a média das respostas é a mais elevada, o que significa que este apresenta respostas mais negativas. A média de respostas mais baixa corresponde ao apoio social dos supervisores ($M=2,66$; $DP=1,08$), o que significa que este parâmetro também apresenta respostas mais negativas.

Tabela 9 - Participantes, mínimo, máximo, M e DP das respostas na escala total e nas subescalas da gestão do desempenho

Desempenho	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Desempenho Total	352	1	5	3,60	0,49
Processo de estabelecimento de objetivos	352	1	5	2,90	0,94
Comunicação	352	1	5	4,03	0,53
<i>Feedback</i>	352	1	5	3,56	0,62
<i>Coaching</i>	352	1	5	3,72	0,67
Estabelecimento de consequências	352	1	5	3,60	0,81
Estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho	352	1	5	3,86	0,66

Observa-se na tabela 9 que o número de participantes que respondeu às questões sobre o desempenho difere do número total de participantes no restante questionário. Esta diferença deve-se à ausência de resposta a esta dimensão, por parte dos profissionais designados de outros. Estes profissionais trabalham nas organizações de saúde, no entanto, o seu trabalho não é autónomo e a escala de gestão de desempenho usada neste estudo pressupõe o trabalho autónomo.

Verifica-se ainda que o desempenho total (M=3,60; DP=0,49) apresenta uma média de respostas positiva, o que significa que existe uma perceção relativamente boa do desempenho dos profissionais de saúde. A comunicação (M=4,03; DP=0,53) é a subescala que apresenta uma média de respostas mais elevada, o que nos permite concluir que a comunicação é percebida como sendo boa.

7.2. COMPARAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIDEMOGRÁFICAS ENTRE GRUPOS

Para comparar as diferenças das médias de resposta entre as variáveis sociodemográficas para as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho e subescala de gestão do desempenho, procedeu-se à Análise de Variância ANOVA.

As tabelas que se seguem permitem observar as médias de resposta e desvio padrão das subescalas de avaliação de riscos psicossociais do trabalho e gestão do desempenho, e compara-as entre os grupos de profissionais de saúde.

Tabela 10 - Diferenças de género entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho

Avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho	Feminino		Masculino		F
	M	DP	M	DP	
Relações Sociais e de Liderança					
Qualidade da Liderança	3,02	0,98	2,93	1,11	0,54 (n.s.)
Apoio Social dos Supervisores	2,67	1,07	2,55	1,11	0,96 (n.s.)
Saúde e Bem-estar					
Stress	2,91	0,91	2,71	0,96	3,84 (n.s.)
<i>Burnout</i>	3,13	0,91	2,76	0,96	12,04**

Nota: ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; n.s. = não significativo

De acordo com a tabela 10, existem diferenças significativas entre os géneros na subescala *burnout* ($F(1,468)=12,04$; $p<0,01$), sendo que são os profissionais do género feminino que mais revelam sentir-se em *burnout*, com uma média de respostas de 3,13.

Verifica-se ainda que em todas as subescalas, a média de respostas dos participantes do género feminino é superior à do género masculino.

Tabela 11 - Diferenças de género entre as subescalas de gestão do desempenho

Desempenho	Feminino		Masculino		F
	M	DP	M	DP	
Desempenho Total	3,60	0,50	3,60	0,42	0,00 (n.s.)
Processo de estabelecimento de objetivos	2,93	0,93	2,77	0,97	1,79 (n.s.)
Comunicação	4,04	0,52	4,01	0,58	0,14 (n.s.)
<i>Feedback</i>	3,57	0,62	3,53	0,64	0,28 (n.s.)
<i>Coaching</i>	3,71	0,70	3,78	0,55	0,56 (n.s.)
Estabelecimento de consequências	3,60	0,79	3,60	0,86	0,00 (n.s.)
Estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho	3,83	0,67	3,97	0,57	2,86 (n.s.)

Nota: n.s. = não significativo

Na tabela 11 não se verificam diferenças significativas entre a média de respostas dos grupos. As médias de respostas dos participantes foram bastante positivas, à exceção do processo de estabelecimento de objetivos.

Tabela 12 - Diferenças de idade entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho

Avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho	Até 35 anos		36 a 50 anos		51 ou mais anos		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Relações Sociais e de Liderança							
Qualidade da Liderança	2,95	0,95	2,96	1,07	3,11	0,95	1,18 (n.s.)
Apoio Social dos Supervisores	2,47	1,06	2,72	1,11	2,68	1,03	1,92 (n.s.)
Saúde e Bem-estar							
Stress	3,01	0,94	2,83	0,94	2,84	0,88	1,41 (n.s.)
<i>Burnout</i>	3,08	0,89	3,06	0,99	3,02	0,85	0,12 (n.s.)

Nota: n.s. = não significativo

A tabela 12 permite-nos perceber que apesar de não existirem diferenças significativas nas médias de respostas entre os grupos etários, verifica-se que a qualidade da liderança é mais positiva nos grupos em que a idade varia entre 51 ou mais anos, no entanto, a média de respostas é baixa. O apoio social dos supervisores apresenta uma média de resposta baixa em todos os grupos, o que nos permite aferir que os participantes se sentem pouco apoiados. O stress é mais negativo no grupo de idades até aos 35 anos e o *burnout* apresenta uma média de respostas superior a 3 em todos os grupos, o que significa que é um aspeto negativo e que afeta os grupos.

Tabela 13 - Diferenças de idade entre as subescalas de gestão do desempenho

Desempenho	Até 35 anos		36 a 50 anos		51 ou mais anos		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Desempenho Total	3,51	0,46	3,52	0,48	3,76	0,48	9,83***
Processo de estabelecimento de objetivos	2,93	0,89	2,75	0,93	3,07	0,96	3,95*
Comunicação	4,08	0,47	4,02	0,55	4,02	0,55	0,42 (n.s.)
<i>Feedback</i>	3,39	0,64	3,48	0,59	3,81	0,59	14,28***
<i>Coaching</i>	3,52	0,64	3,66	0,71	3,95	0,58	11,54***
Estabelecimento de consequências	3,52	0,83	3,53	0,78	3,75	0,81	2,93 (n.s.)
Estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho	3,73	0,58	3,80	0,72	4,02	0,60	5,45**

Nota: *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; n.s. = não significativo

Na tabela 13 verifica-se que existem diferenças significativas nas subescalas Desempenho Total ($F(2,349)=9,83$; $p<0,001$), Processo de Estabelecimento de Objetivos ($F(2,349)=3,95$; $p<0,05$), *Feedback* ($F(2,349)=14,28$; $p<0,001$), *Coaching* ($F(2,349)=11,54$; $p<0,001$) e Estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho ($F(2,349)=5,45$; $p<0,01$), sendo os profissionais com 51 ou mais anos os que melhor as avaliam. Não se verificam diferenças significativas nas restantes.

O processo de estabelecimento de objetivos é a subescala que tem menor média de respostas, o que nos permite concluir que os profissionais podem ter uma opinião negativa sobre a forma como são estabelecidos os objetivos.

Tabela 14 - Diferenças no estado civil entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho

Avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho	Solteiro/Divorciado/ Viúvo		Casado/ União Facto		F
	M	DP	M	DP	
Relações Sociais e de Liderança					
Qualidade da Liderança	2,94	1,02	3,03	1,00	0,83 (n.s.)
Apoio Social dos Supervisores	2,57	1,07	2,68	1,08	1,16 (n.s.)
Saúde e Bem-estar					
Stress	2,99	0,94	2,82	0,91	3,26 (n.s.)
<i>Burnout</i>	3,08	0,86	3,05	0,96	0,11 (n.s.)

Nota: n.s. = não significativo

Na tabela 14 não se verificam grandes diferenças na média de respostas entre os grupos sendo todas não significativas. Tendencialmente os participantes casados ou em união de facto apresentam uma média de respostas superior na dimensão das relações sociais e de liderança e, por sua vez, apresentam uma média de respostas mais baixa do que os solteiros, divorciados ou viúvos, na dimensão de saúde e bem-estar. Isto permite-nos aferir que o stress e o *burnout* é tendencialmente inferior no grupo dos casados ou em união de facto.

Tabela 15 - Diferenças no estado civil entre as subescalas de gestão do desempenho

Desempenho	Solteiro/Divorciado/ Viúvo		Casado/ União Facto		F
	M	DP	M	DP	
Desempenho Total	3,55	0,46	3,62	0,50	1,55 (n.s.)
Processo de estabelecimento de objetivos	2,90	0,90	2,90	0,95	0,00 (n.s.)
Comunicação	3,95	0,55	4,07	0,52	3,39 (n.s.)
<i>Feedback</i>	3,55	0,56	3,57	0,65	0,08 (n.s.)
<i>Coaching</i>	3,66	0,63	3,75	0,69	1,49 (n.s.)
Estabelecimento de consequências	3,48	0,82	3,65	0,79	3,23 (n.s.)
Estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho	3,80	0,63	3,88	0,67	1,13 (n.s.)

Nota: (n.s.) = não significativo

A tabela 15 não apresenta diferenças significativas entre nas médias de respostas entre os grupos com diferentes estados civis, no entanto, as médias de resposta são mais baixas e de valor igual entre os grupos, no processo de estabelecimento de objetivos. Esta subescala revela-se negativa, uma vez que nos permite afirmar que os profissionais de saúde têm uma perceção negativa sobre o processo de estabelecimento dos objetivos.

A média de respostas dos grupos nas restantes subescalas é razoavelmente boa, destacando-se a comunicação, com a média de respostas mais elevada em ambos os grupos.

Tabela 16 - Diferenças na paternidade entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho

Avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho	Tem filhos		Não tem filhos		F
	M	DP	M	DP	
Relações Sociais e de Liderança					
Qualidade da Liderança	2,99	1,02	3,04	0,99	0,28 (n.s.)
Apoio Social dos Supervisores	2,67	1,11	2,59	1,00	2,39 (n.s.)
Saúde e Bem-estar					
Stress	2,85	0,93	2,92	0,90	0,28 (n.s.)
<i>Burnout</i>	3,09	0,94	2,97	0,89	0,40 (n.s.)

Nota: n.s. = não significativo

Na tabela 16 não se verificam diferenças significativas nas médias de respostas entre os grupos. Os participantes que não têm filhos têm tendencialmente uma maior perceção da qualidade da liderança e do stress e os participantes com filhos têm maior perceção do apoio social dos supervisores e do *burnout*.

Tabela 17 - Diferenças na paternidade entre as subescalas de gestão do desempenho

Desempenho	Tem filhos		Não tem filhos		F
	M	DP	M	DP	
Desempenho Total	3,60	0,51	3,59	0,45	1,20 (n.s.)
Processo de estabelecimento de objetivos	2,87	0,96	2,96	0,88	1,31 (n.s.)
Comunicação	4,03	0,53	4,04	0,52	0,08 (n.s.)
<i>Feedback</i>	3,57	0,65	3,54	0,55	0,93 (n.s.)
<i>Coaching</i>	3,76	0,70	3,64	0,60	1,04 (n.s.)
Estabelecimento de consequências	3,62	0,80	3,55	0,81	0,06 (n.s.)
Estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho	3,85	0,69	3,86	0,57	1,49 (n.s.)

Nota: n.s. = não significativo

Na tabela 17 verifica-se que não existem diferenças significativas nas médias de resposta entre as subescalas.

A comunicação é a subescala que apresenta maior média de respostas em ambos os grupos, o que nos permite concluir que os participantes têm uma boa perceção da comunicação existente.

Tabela 18 - Diferenças de escolaridade entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho

Avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho	Até 12º ano		Licenciatura		Mestrado/ Doutoramento		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Relações Sociais e de Liderança							
Qualidade da Liderança	2,98	0,97	3,07	1,00	2,88	1,04	1,50 (n.s.)
Apoio Social dos Supervisores	2,80	1,18	2,65	1,07	2,56	1,03	1,18 (n.s.)
Saúde e Bem-estar							
Stress	2,86	1,00	2,87	0,89	2,89	0,94	0,03 (n.s.)
<i>Burnout</i>	3,10	0,94	3,05	0,92	3,03	0,95	0,13 (n.s.)

Nota: n.s. = não significativo

Na tabela 18 verifica-se que a escolaridade não gera muitas diferenças nas médias de respostas entre os grupos. Observa-se ainda que o *burnout* apresenta uma média de respostas mais elevada dos que as restantes subescalas.

Tabela 19 - Diferenças de escolaridade entre as subescalas de gestão do desempenho

Desempenho	Licenciatura		Mestrado/ Doutoramento		F
	M	DP	M	DP	
Desempenho Total	3,62	0,48	3,56	0,51	1,17 (n.s.)
Processo de estabelecimento de objetivos	2,94	0,92	2,83	0,96	1,08 (n.s.)
Comunicação	4,01	0,55	4,07	0,49	0,88 (n.s.)
<i>Feedback</i>	3,59	0,62	3,52	0,64	1,10 (n.s.)
<i>Coaching</i>	3,77	0,65	3,65	0,71	2,49 (n.s.)
Estabelecimento de consequências	3,59	0,78	3,62	0,85	0,09 (n.s.)
Estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho	3,88	0,64	3,80	0,69	1,18 (n.s.)

Nota: n.s. = não significativo

Na tabela 19 verifica-se que não existem diferenças significativas nas médias de respostas entre grupos e permite-nos concluir mais uma vez que o processo de estabelecimento de objetivos é a subescala com menor média de resposta e a comunicação mais uma vez, é a que tem maior média de respostas.

Tabela 20 - Diferenças no tipo de contrato entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho

Avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho	Contrato com termo certo		Contrato sem termo com dedicação exclusiva		Contrato sem termo sem dedicação exclusiva		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Relações Sociais e de Liderança							
Qualidade da Liderança	3,23	0,83	3,02	1,08	2,90	0,96	2,56 (n.s.)
Apoio Social dos Supervisores	2,67	0,99	2,72	1,17	2,56	0,98	1,13 (n.s.)
Saúde e Bem-estar							
Stress	2,90	0,88	2,87	0,97	2,87	0,87	0,02 (n.s.)
<i>Burnout</i>	3,10	0,77	3,06	0,96	3,04	0,95	0,11 (n.s.)

Nota: n.s. = não significativo

Na tabela 20 verifica-se que os participantes com contrato sem termo e sem dedicação exclusiva apresentam as médias de resposta mais baixas em todas as subescalas.

A qualidade da liderança apresenta uma média de respostas razoavelmente positiva, o que significa que os participantes consideram boa a qualidade da liderança, no entanto, o *burnout* apresenta também ele uma média de respostas mais elevada, mas é um aspeto negativo e apresenta muito poucas diferenças entre os grupos.

Tabela 21 - Diferenças no tipo de contrato entre as subescalas de gestão do desempenho

Desempenho	Contrato com termo certo		Contrato sem termo com dedicação exclusiva		Contrato sem termo sem dedicação exclusiva		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Desempenho Total	3,62	0,45	3,56	0,53	3,63	0,46	1,05 (n.s.)
Processo de estabelecimento de objetivos	2,98	0,82	2,86	0,94	2,91	0,96	0,29 (n.s.)
Comunicação	4,03	0,57	4,05	0,54	4,02	0,52	0,14 (n.s.)
<i>Feedback</i>	3,56	0,63	3,53	0,65	3,60	0,60	0,40 (n.s.)
<i>Coaching</i>	3,80	0,67	3,71	0,70	3,71	0,65	0,38 (n.s.)
Estabelecimento de consequências	3,51	0,89	3,55	0,82	3,68	0,77	1,38 (n.s.)
Estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho	3,90	0,56	3,72	0,73	3,98	0,59	5,92**

Nota: ** p < 0,01; * p < 0,05; n.s. = não significativo

Na tabela 21 observa-se que na subescala estabelecimento e monitorização de objetivos ($F(2,349)=5,92$; $p<0,01$) existem diferenças estatisticamente significativas, sendo os profissionais com contrato sem termo e com dedicação exclusiva os que o menos apreciam, com uma média de respostas de 3,72. A comunicação continua a ser a subescala com maior média de respostas, com muito poucas diferenças entre os grupos, e o processo de estabelecimento de objetivos continua a ter a menor média de respostas. As restantes subescalas têm todas elas uma média de respostas razoavelmente boa.

Tabela 22 - Diferenças na satisfação com a remuneração entre as subescalas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho

Avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho	Insatisfação		Satisfação		F
	M	DP	M	DP	
Relações Sociais e de Liderança					
Qualidade da Liderança	2,97	1,01	3,46	0,96	0,24 (n.s.)
Apoio Social dos Supervisores	2,63	1,08	2,94	1,06	0,26 (n.s.)
Saúde e Bem-estar					
Stress	2,90	0,91	2,50	0,98	0,69 (n.s.)
<i>Burnout</i>	3,09	0,91	2,52	1,04	2,18 (n.s.)

Nota: n.s. = não significativo

Verifica-se na tabela 22 que os participantes satisfeitos com a sua remuneração apresentam tendencialmente respostas mais positivas da qualidade da liderança e do apoio social dos supervisores e a média das respostas às questões relacionadas com o stress e o *burnout* são mais baixas, apesar das diferenças não serem significativas.

Tabela 23 - Diferenças na satisfação com a remuneração entre as subescalas de gestão do desempenho

Desempenho	Insatisfação		Satisfação		F
	M	DP	M	DP	
Desempenho Total	3,59	0,48	3,73	0,56	1,93 (n.s.)
Processo de estabelecimento de objetivos	2,87	0,93	3,28	0,87	4,38*
Comunicação	4,03	0,54	4,11	0,43	0,63 (n.s.)
<i>Feedback</i>	3,56	0,61	3,59	0,77	0,05 (n.s.)
<i>Coaching</i>	3,72	0,68	3,79	0,56	0,27 (n.s.)
Estabelecimento de consequências	3,59	0,80	3,76	0,87	1,07 (n.s.)
Estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho	3,85	0,66	3,93	0,62	0,36 (n.s.)

Nota: * $p < 0,05$; n.s. = não significativo

Na tabela 23 observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas na subescala processo de estabelecimento de objetivos ($F(1,350)=4,38$; $p<0,05$), sendo que são os profissionais satisfeitos com a remuneração que melhor o avaliam, com uma média de respostas de 3,28.

Os participantes satisfeitos com a sua remuneração apresentam uma média de respostas tendencialmente mais elevada do que os participantes insatisfeitos, em todas as subescalas.

Tal como verificamos anteriormente, o processo de estabelecimento de objetivos continua a ser a subescala com a menor média de respostas e a comunicação continua a apresentar a maior média de respostas.

7.3. TESTE DE HIPÓTESES

Pretende-se verificar se os fatores psicossociais do trabalho influenciam o desempenho dos profissionais de saúde. Esta é precisamente uma das aplicações que se pode fazer com a regressão linear, isto é, explicar uma variável quantitativa dependente em função de várias variáveis independentes, quantitativas ou qualitativas, havendo uma relação linear entre elas (Laureano, 2020).

As tabelas que se seguem correspondem à regressão linear das variáveis em estudo, tendo como variável dependente o desempenho.

Tabela 24 - Regressão linear das variáveis género e idade como tentativa de predizer a perceção do desempenho - modelo 1

	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	T
	B	Erro padrão	Beta	
(Constante)	3,19	0,14		23,69
Idade	0,01	0,00	0,20***	3,82
Género	-0,01	0,06	-0,01 (n.s.)	-0,17

Nota: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; n.s. = não significativo

Tabela 25 - Regressão linear das variáveis género, idade, qualidade da liderança, apoio social dos supervisores, stress e *burnout* como tentativa de prever a perceção do desempenho - modelo 2

	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	T
	B	Erro padrão	Beta	
(Constant)	3,09	0,18		16,76
Idade	0,01	0,00	0,14**	2,81
Género	0,00	0,06	0,00 (n.s.)	0,01
Qualidade da Liderança	0,01	0,03	0,02 (n.s.)	0,24
Apoio Social dos Supervisores	0,15	0,03	0,33***	4,68
Stress	-0,07	0,04	-0,12 (n.s.)	-1,80
<i>Burnout</i>	-0,01	0,04	-0,01 (n.s.)	-0,14

Nota: *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; n.s. = não significativo

No modelo 1 (tabela 24) foram utilizadas duas variáveis de controlo: a idade e o género e pode verificar-se que a idade (B=0,01; p=0,001) tem um efeito significativo na predição do desempenho dos profissionais de saúde, enquanto o género (B=-0,01; p=0,865) não. O coeficiente de determinação revela que apenas 4% da variância do desempenho é explicada pelo modelo, ou seja, pelas duas variáveis [$R^2=0,040$; (F(2,349) = 7,279; p=0,001)].

Na tabela 25, no modelo 2, observa-se que a inclusão das subescalas de avaliação dos fatores psicossociais do trabalho teve um impacto significativo no modelo. O coeficiente de determinação revela que as variáveis explicam 17,8% da variância do desempenho [$R^2=0,178$]; (F(6,345)=12,476; p=0,000)]. O apoio social dos supervisores (B=0,15; p=0,000) é a variável que mais contribui para essa explicação, pelo que através deste resultado obtém-se suporte para H2, ou seja, o apoio social dos superiores influencia positivamente o desempenho dos profissionais de saúde. No que respeita à qualidade da liderança (B=0,01; p=0,813) não há evidência estatística que nos permita confirmar H1. Por sua vez, também não podemos afirmar que o stress (B=-0,07; p=0,073) influencia negativamente o desempenho dos profissionais de saúde, uma vez que também não há evidência estatística que suporte tal afirmação. Posto isto, confirma-se H2 e rejeita-se H1 e H3.

Com base nos resultados obtidos podemos concluir que a capacidade explicativa das variáveis é baixa, dado que apenas explicam 17,8% do desempenho dos profissionais de saúde e consequentemente, o modelo tem fraca qualidade.

8. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O presente estudo foi desenvolvido no âmbito de um projeto de investigação mais vasto e incidiu sobre três organizações hospitalares, tendo como objetivo propor um modelo que compreenda a relação dos fatores psicossociais, organizacionais e profissionais que influenciam a qualidade de vida e o desempenho dos profissionais de saúde (Gaspar, 2019). O estudo alvo da presente dissertação teve como principal objetivo perceber qual o impacto da liderança e do stress no desempenho dos profissionais de saúde.

Primeiramente fez-se uma revisão bibliográfica onde o foco incidiu sobre os fatores psicossociais do trabalho, nomeadamente a liderança, o stress e o desempenho.

Os fatores psicossociais existem em todas as organizações e com eles também os seus riscos. Neste estudo focamos dois grandes riscos psicossociais de elevada importância, o stress e o *burnout*, que podem influenciar o desempenho de todos os profissionais em geral, e dos profissionais de saúde em particular. Os profissionais da área da saúde estão constantemente expostos a riscos psicossociais e estes representam um problema grave de saúde pública (EU-OSHA, 2007). Por sua vez, têm potencial de causar danos psicológicos, físicos ou sociais nos trabalhadores (Jiménez, 2011).

Neste trabalho, a avaliação dos riscos psicossociais foi dividida em duas dimensões, uma delas as relações sociais e de liderança e a outra a saúde e bem-estar. A dimensão relações sociais e de liderança está dividida em duas subescalas, são elas a qualidade da liderança e o apoio social dos supervisores. Por sua vez, a saúde e bem-estar também tem duas subescalas, sendo elas o stress e o *burnout*.

Procurou-se compreender a influência do stress e da liderança no desempenho dos profissionais de saúde, sendo que no que respeita à liderança, procurou-se compreender o impacto do apoio social dos supervisores e a qualidade da própria liderança.

Com base nos resultados obtidos, foi possível verificar que o stress e o *burnout* têm uma relação forte entre si, pelo que os casos de stress não devidamente diagnosticados e tratados levam os profissionais ao *burnout*. Para além disso, o stress tem sido associado ao desenvolvimento de distúrbios físicos e psicológicos com graves consequências na qualidade de vida e no desempenho profissional dos trabalhadores (Ito *et al.*, 2014).

Outro aspeto relevante e que muitas vezes pode ser uma fonte de stress são os comportamentos e as relações existentes no ambiente de trabalho, em particular os comportamentos de liderança. Alguns autores afirmam que a satisfação dos profissionais está ligada às características do trabalho e à relação com os colegas e líderes (e.g., Carço & Faia Correia, 2012; Faia Correia, Campos e Cunha & Scholten, 2013; Grosch, Caruso, Rosa, & Sauter, 2006; Lin *et al.*, 2009). Verificámos que a qualidade da liderança e o apoio social dos supervisores têm uma relação forte entre si e que ambas têm uma relação fraca e negativa com o stress e o *burnout*. Ao contrário destes últimos, a qualidade da liderança e o apoio social dos supervisores têm uma relação positiva e moderada com o desempenho.

Os resultados obtidos permitem-nos dar resposta à pergunta de partida desta investigação, bem como às perguntas derivadas da mesma. Verifica-se que o apoio social dos supervisores influencia positivamente o desempenho dos profissionais de saúde e, apesar de alguns autores afirmarem que o processo de liderança influencia o desempenho dos profissionais, os resultados obtidos não nos permitem afirmar que a qualidade da liderança influencia positivamente o desempenho dos profissionais de saúde. Por sua vez, também não podemos afirmar que o desempenho dos profissionais de saúde é influenciado negativamente pelo stress. Os objetivos deste estudo foram atingidos e foi possível confirmar uma das hipóteses de investigação.

Este estudo pretendeu contribuir para o alargamento do conhecimento acerca dos profissionais de saúde, mais concretamente, no que respeita às relações sociais e de liderança e ao stress e ao *burnout*.

Revelou-se uma limitação neste estudo o facto de não se ter tido acesso à avaliação do desempenho dos profissionais de saúde e por esse motivo, ter-se recorrido à escala de gestão do desempenho, onde os profissionais indicam qual a sua perceção sobre a gestão do seu desempenho.

Outra limitação deste trabalho é o facto da amostra deste estudo não ser representativa da população em Portugal e por esse motivo, não podermos generalizar os resultados obtidos a todos os profissionais de saúde portugueses.

Para futuras investigações sugere-se aplicar o questionário a um maior número de profissionais de saúde pertencentes a hospitais privados e/ou público-privados, de modo a poder comparar o impacto dos diferentes modelos de gestão no desempenho a

uma amostra representativa desta população em Portugal. Apesar de cientes da quase impossibilidade de execução, idealmente deveríamos ter acesso aos resultados da avaliação de desempenho objetivos de cada um dos profissionais de saúde.

Estando cientes das dificuldades e limitações do presente estudo, consideramos que demos um contributo importante para a compreensão da gestão dos profissionais de saúde, no que à liderança e ao stress dizem respeito. As organizações hospitalares devem assim tentar prevenir o stress nos profissionais de saúde, adotando por exemplo, políticas de equilíbrio entre trabalho-família, estabelecer objetivos que sejam atingíveis, entre outras medidas que visem eliminar as fontes de stress, para que o seu desempenho não seja afetado. Por sua vez, os supervisores devem apoiar mais os profissionais, contribuindo assim para a melhoria do desempenho deles. As organizações de saúde devem promover ações de formação de *coaching*, *mentoring*, entre outras, para os seus líderes, fortalecer as relações sociais entre os grupos de trabalho e assegurar um bom ambiente de trabalho para os profissionais.

REFERÊNCIAS

- Akdere, M., Gider, O., & Top, M. (2012). Examining the role of employee focus in the Turkish healthcare industry. *Total Quality Management and Business Excellence*, 23, 1241–1256.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington (DC): APA.
- Andrews, D. R., & Dziegielewski, F. (2016). The nurse manager: job satisfaction, the nursing shortage and retention. *Journal of Nursing Management*, 13, 286-295.
- Antonakis, J., Cianciolo, A. T., & Sternberg, R. J. (2004). *The nature of leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Arvey, R., & Murphy, K. R. (1998). Performance evaluation in work settings. *Annual Review of Psychology*, 49, 141-168.
- Avolio B.J., & Luthans F. (2006). *The high impact leader: Moments matter for accelerating authentic leadership development*. New York: McGraw-Hill.
- Avolio, B. J., Howell, J. M., & Sosik, J. J. (1999). A funny thing happened on the way to the bottom line: Humor as a moderator of leadership style effects. *Academy of Management Journal*, 42, 219-227.
- Avolio, B.J., Walumbwa, F.O., & Weber, T.J. (2009). Leadership: current theories, research, and future directions. *Annual Review of Psychology*, 60, 421-449.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: The Free Press.
- Bass, B.M. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(1), 9-32.
- Bass, B.M., & Avolio, B.J. (1997). *Revised manual for the Multifactor Leadership Questionnaire*. Palo Alto, CA: Mind Garden, Inc.

- Bass, B.M., & Riggio, R.E. (2006). *Transformational leadership* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bass, B.M., (1990). *Handbook of Leadership: Theory, Research and Applications*. New York: The Free Press.
- Beehr, T.A. (1985). The role of social support in coping with organizational stress. In T.A. Beehr & R.S. Bhagat (Eds.), *Human stress and cognition in organizations* (pp. 375-398). New York: Wiley.
- Bennett, T. (2009). A study of the management leadership style preferred by its subordinates. *Journal of Organizational Culture, Communication, and Conflict*, 13, 1-25.
- Bernard, B. P., ed. (1997). *Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors - A Critical Review of Epidemiologic Evidence for Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Neck, Upper Extremity, and Low Back*. Cincinnati: National Institute for Occupational Safety and Health. Publication No. 97-141.
- Berson, Y., & Linton, J.D. (2005). An examination of the relationships between leadership style, quality, and employee satisfaction in R&D versus administrative environments. *R&D Management*, 35, 51-60.
- Blossom, Y., Yung-Kai, L., Cheng-Chieh, L., & Tien-Tse, L. (2013). Job autonomy, its predispositions and its relation to work outcomes in community health centers in Taiwan. *Health Promotion International*, 28, 166–177.
- Blythe, J., Baumann, A., & Giovannetti, P. (2001). Nurses experience of restructuring in three Ontario hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 61–68.
- Bongers, P.M., & de Winter, C.R. (1992). *Psychosocial factors and musculoskeletal disease: a report of the literature*. The Netherlands: TNO Institute of Preventive Health Care. Report No. 92–082.
- Bosch, G. (1999). Working time: Tendencies and emerging issues. *International Labor Review* 138, 131–148.
- Burke, R.J. (1993). Organizational-level interventions to reduce occupational stressors. *Work & Stress*, 7(1), 77-87.

- Burke, R.J., & Greenglass, E.R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict, and Psychology burnout among nursing staff. *Psychology and Health, 16*(5), 583–594.
- Cañadas, D.C., Mullor, M.R., Rodríguez, R.A., & Carreño, T.P. (2019). Psychosocial risks at work for paediatric health professionals. *European Review of Applied Psychology, 69*(5–6).
- Caroço, J., & Correia, M.F. (2012). Práticas de Gestão de Recursos Humanos e Satisfação no Trabalho: Papel Mediador da Motivação e Comprometimento Organizacional. *Revista de Organizações & Trabalho, 37-38*, 43-60.
- Cetin, M.O., & Kinikb, F.S. (2015). An analysis of academic leadership behavior from the perspective of Transformational leadership. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 207*, 519 – 527.
- Cherniss, C. (1995). *Beyond burnout*. New York: Routledge.
- Cooper, C.L., & Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research, 43*, 7-16.
- Cooper, C.L., & Payne, R. (1991). *Personality and stress: Individual differences in the stress process*. Chichester, UK: John Wiley.
- Correia, M.F., Cunha, R.C., & Scholten, M. (2013). Impact of M&As on Organizational Performance: The Moderating Role of HRM Centrality. *European Management Journal, 31*, 323-332.
- Cox, T., & Griffiths, A. (2005). The nature and measurement of work-related stress: theory and practice. In Wilson, J.R., & Corlett, N. (Eds.) *Evaluation of Human Work* (3rd ed, pp. 783-803). London: CRS Press.
- Cunha, M.P., Rego, A., Cunha, R., & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (6th ed.). Lisboa: Editora RH.
- Day, D. V. (2000). Leadership development: a review in context. *The Leadership Quarterly, 11*, 581-614.

- Deci, E. L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 105–115.
- Deci, E.L., Koestner, R., & Ryan, R.M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125, 627–668.
- Denis, J.L., Langley, A., & Rouleau, L. (2010). The practice of leadership in the messy world of organizations. *Leadership*, 6, 67-88.
- Dirks, T., & Ferrin, D. L. (2002). Trust in leadership meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87, 611–628.
- DuBrin, A.J. (2004). *Leadership*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Dunham-Taylor, J. (2000). Nurse executive transformational leadership found in participative organizations. *Journal of Nursing Administration*, 30, 241-250.
- EU-OSHA (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Evered, R., & Selman, J. (1989). Coaching and the art of management. *Organizational Dynamics*, 18, 1631.
- Fix, B., & Sias, P.M. (2006). Person-centered communication, leader–member exchange, and employee job satisfaction. *Communication Research Reports*, 23, 35–44.
- Ford, R., Sivo, S., Fottler, M., Dickson, D., Bradley, K., & Johnson, L. (2006). Aligning internal organizational factors with a service excellence mission: An exploratory investigation in healthcare. *Health Care Management Review*, 31, 259–269.
- Gale, T.Z. (2004). *Interpersonal communication in the workplace: through personal change to better interpersonal relationships*. Ljubljana: GV Education.
- Gaspar, T. (2019). Seminário de Direção de Investigação (Relatório de Investigação, doutoramento em Gestão, Universidade Lusíada de Lisboa).

- Gaspar, T., Correia, M.F., Coelho, A., Baya, D., Torres, I., Heitor, M.J. & Dias, M. (2019). *Gestão em Contexto Hospitalar: Modelo compreensivo da relação entre a Cultura Organizacional, Fatores Psicossociais do Trabalho e Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde Resultados*. Manuscrito submetido a Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa, do Centro Hospitalar Lisboa Norte da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa ref.^a n° 35/19.
- Gibson, D.W. (2011). *The effect of trust in leader on job satisfaction and intent to leave present job in the context of the nursing profession* (Unpublished doctoral dissertation). University of Louisville, Louisville, KY, USA. doi: <https://doi.org/10.18297/etd/495>
- Giltinane, C.L. (2013). Leadership styles and theories. *Nursing Standard*, 27, 35-39.
- Goethals, G., Sorenson, G., & Burns, J. (2004). *Encyclopedia of leadership*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Goleman, D. (2001). Emotional intelligence: Issues in paradigm building. In C. Cherniss & D. Goleman (Eds.), *The emotionally intelligent workplace* (pp. 13–26). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Gould, D., & Fontenla, M. (2006). Commitment to nursing: results of a qualitative interview study. *Journal of Nursing Management*, 14, 213-221.
- Greenfield, D. (2007). The enactment of dynamic leadership. *Leadership in Health Services*, 20, 159–168.
- Grosch, J.W., Caruso, C.C., Rosa, R.R., & Sauter, S.L. (2006). Long hours of work in the US: associations with demographic and organizational characteristics, psychosocial working conditions, and health. *American journal of industrial medicine*, 49, 943-952.
- Hasselhorn, H.M., Conway, P.M., Widerszal-Bazyl, M., Simon, M., Tackenberg, P., Schmidt, S., ..., & Müller, B. H. (2008). Contribution of job strain to nurses' consideration of leaving the profession—results from the longitudinal European Nurses' Early Exit Study. *SJWEH Suppl* (6), 75–82.
- Hespanhol, A., Pereira, A.C., & Pinto, A.S. (1999). Job satisfaction in Portuguese physicians in general medicine. *Aten Primaria*, 24, 456-461.

- Hodgkinson, J. (2009). *Leadership Styles for Program and Project Managers*. Recuperado em 25 jul. 2020, de <https://www.ipma-usa.org/articles/LeadershipStyles.pdf>
- Holden Leadership Center. (2009). *Leadership*. Recuperado em 25 jul. 2020, de <https://holden.uoregon.edu/leadership>
- International Labour Organisation (ILO). (1986). *Psychosocial factors at work: recognition and control*. Report of the Joint ILO/ WHO Committee on Occupational Health, Ninth Session, Geneva, 18-24 September, 1984. Geneva: International Labour Office.
- Ito, S., Fujita, S., Seto, K., Kitazawa, T., Matsumoto, K., & Kasegawa, T. (2014). Occupational stress among health care workers in Japan. *Work*, 49(2), 225-234.
- Jiménez, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 57, 4-19.
- Judge, T.A., & Piccolo, R.F. (2004). Transformational and transactional leadership: A meta-analytic test of their relative validity. *Journal of Applied Psychology*, 89, 755–768.
- Katzenbach, J.R. (1997). *Teams at Top: Unleashing the Potential of Both Teams and Individual Leaders*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kearny, L. (2014). What is performance improvement?. *Performance Improvement*, 53, 31-34.
- Kelloway, E.K., Barling, J., Kelley, E., Comtois, J., & Gatien, B. (2003). Remote Transformational leadership. *Leadership & Organization Development Journal*, 24, 163–171.
- Khan, M., Ramzan, M., Ahmed, I., & Nawaz, M. (2011). Transformational, transactional, and laissez-faire styles of teaching faculty as predictors of satisfaction, and extra effort among the students: evidence from higher education institutions. *Interdisciplinary Journal of Research in Business*, 1, 130–135.

- Kinicki, A.J., Jacobson, K.J.L., Peterson, S., & Prussia, G.E. (2013). Development and Validation of the Performance Management Behavior Questionnaire. *Personnel Psychology, 66*, 1-45.
- Kouzes, J.M., & Posner, B.Z. (1997). Leadership practices inventory—Industrial contributor (LPI–IC). *Observer response sheet*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Kristensen, T., Hannerz, H., Hogh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen psychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 31*, 438-449.
- Kristensen, T.S. (2002). A new tool for assessing psychosocial factors at work: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *TUTB Newsletter, 19*, 45-47.
- Landeweerd, J.A., & Boumans, N.P.G. (1994). The effect of work dimensions and need for autonomy on nurses work satisfaction and health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 67*, 207-217.
- Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J., & Almost, J. (2001). Testing Karasek's demands-control model in restructured healthcare settings: effects of job strain on staff nurses' quality of work life. *The Journal of Nursing Administration, 31*, 233–243.
- Laureano, R. (2020). *Testes de Hipóteses e Regressão – O meu manual de consulta rápida*. Lisboa: Edições Silabo
- Lawson, K.J., Noblet, A.J., & Rodwell, J.J. (2009). Promoting employee wellbeing: The relevance of work characteristics and organizational justice. *Health Promotion International, 24*, 223–233.
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, Lei de Bases da Saúde. *Diário da República n.º 195/1990 - Série I*. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei n.º 95/2019, de 04 setembro, Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República n.º 169/2019 - Série I*. Assembleia da República. Lisboa.

- Leiter, M.P., Gaudet, J., & Millett, M. (1986, June). *Social support as a moderating variable in the relationship between job stress and professional commitment in nursing*. Presented at the Annual convention of the Canadian Psychological Association, Toronto.
- Leka, S., & Cox, T., (2008). *The European Framework for Psychosocial Risk Management*. Nottingham: I-WHO publications.
- Leka, S., & Jain, A. (2010). *Health Impact of Psychosocial Hazards at work: An Overview*. Geneva: World Health Organization.
- Liao, H., & Chuang, A. (2007). Transforming service employees and climate: A multilevel, multisource examination of transformational leadership in building long-term service relationships. *Journal of Applied Psychology*, 92, 1006–1019.
- Lin, J.D., Lee, T.N., Yen, C.F., Loh, C.H., Hsu, S.W., Wu, J.L., & Chu, C.M. (2009). Job strain and determinants in staff working in institutions for people with intellectual disabilities in Taiwan: A test of the Job Demand-Control-Support model. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 146-157.
- Loke, C. F. (2001). Leadership behaviours: effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *Journal of Nursing Management*, 9, 191-204.
- Lowe, K.B., Kroeck, K.G., & Sivasubramaniam, N. (1996). Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership: a meta-analytic review. *The Leadership Quarterly*, 7, 385-425.
- Luboga, S., Hagopian, A., Ndiku, J., Bancroft, E., & McQuide, P. (2011). Satisfaction, motivation, and intent to stay among Ugandan physicians: A survey from 18 national hospitals. *International Journal of Health Planning and Management*, 26, 2–17.
- Lunenburg, F.C. (2011). Expectancy theory of motivation: Motivating by altering expectations. *International Journal of Management, Business, and Administration*, 15,1–6.
- Madlock, P.E. (2008). The link between leadership style, communicator competence, and employee satisfaction. *International Journal of Business Communication*, 45, 61–78.

- Mao, H., & Hsieh, A. (2013). Perceived job insecurity and workplace friendship. *European Journal of International Management*, 7, 646–670.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5.^a ed.). Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number.
- Marôco, J., & Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas* (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses: uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29, 24-30.
- Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Martin, B. J. (1990). A successful approach to absenteeism. *Nursing Management*, 21, 45-48.
- Martinez, L. & Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com SPSS – Primeiros passos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (1997). *The Truth about Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to do about It*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- McIntyre, T. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 12, 193-200.
- Morrison, R. S., Jones, L., & Fuller, B. (1997). The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Administration*, 27, 27-34.
- Mosadeghrad, A. M. (2003). *Principles of Health Care Administration*. Tehran: Dibagran Tehran.
- Mosadeghrad, A. M. (2004). *The Handbook of Hospital Professional Organization and Management* (2). Tehran: Dibagran Tehran.

- Murphy, L.R., & Sauter, S.L. (2004). Work organization interventions: Stage of knowledge and future directions. *Social & Preventive Medicine*, 49, 79-86.
- Murphy, L.R., Hurrell, J.J., Sauter S.L., & Keita, G.P. (1995). *Job stress interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nielsen, K., Yarker, J., Brenner, S.O., Randall, R., & Borg, V. (2008). The importance of transformational leadership style for the well-being of employees working with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 465-475.
- Northouse, P.G. (2001). *Leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Northouse, P.G. (2010). *Leadership: Theory and practice* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Nunes, F. (1994). As organizações de Serviços de Saúde: alguns elementos distintivos. *Revista Portuguesa de Gestão*, 3-4(2), 5-28.
- Ojokuku, R. M., Odetayo, T. A., & Sajuyigbe, A.S. (2012). Impact of leadership style on organizational performance: a case study of nigerian banks. *American Journal of Business and Management*, 1(4), 202-207.
- Pereira, A., Queirós, C., Gonçalves, S. P., Carlotto, M. S., & Borges, E. (2014). Burnout e interação trabalho-família em enfermeiros: Estudo exploratório com o Survey Work-Home Interaction Nijmegen (SWING). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 24-30.
- Pestana, M.H, & Gageiro, J.N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais A complementaridade do SPSS*. (6th Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pitta, A. (1990). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Rasulzada, F., Dackert, I., & Johansson, C.R. (2003). Employee wellbeing in relation to organizational climate and leadership style. In S. Giga, P. Flaxman, J. Houdmont, & M. Ertel (Eds.), *Occupational health psychology: flexibility, quality of working life and health. Proceedings of the fifth European conference of the European Academy of Occupational Health Psychology* (pp. 220-224). Nottingham: The Institute of Work Health & Organisations, University of Nottingham.

- Roussel, L., Swansburg, R.C., & Swansburg, R.J. (2009). *Management and leadership for nurse administrators* (5th ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Rowold, J., & Wolff, S. (2009). Transformational and transactional leadership and followers' chronic stress. *Kravis Leadership Institute Leadership Review*, 9, 35–48.
- Sauter, S.L., & Swanson, N.G. (1996). Psychological aspects of musculoskeletal disorders in office work. In S. Moon, S. Sauter, (eds.), *Psychosocial factors and musculoskeletal disorders* (pp. 3-22). London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Scott, D., Bishop, J. W., & Chen, X. (2003). An examination of the relationship of employee involvement with job satisfaction, employee cooperation, and intention to quit in US invsted enterprise in China. *International Journal of Orgaizational Analysis*, 11, 3–19.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Hodder & Stoughton.
- Seo, Y., Ko, J., & Price, J. L. (2004). The determinants of job satisfaction among hospital nurses: a model estimation in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 437-446.
- Sharan, D., Parijat, P., Sasidharan, A. P., Ranganathan, R., & Mohandoss, M. (2011). Workstyle Risk Factors for Work Related Musculoskeletal Symptoms Among Computer Professionals in India. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 520-525.
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A. C., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., ... Nossa, P. (2011). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Portugal e Países Africanos de Língua oficial Portuguesa*. Aveiro: Departamento de Educação, Universidade de Aveiro.
- Silva, M., & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudo de Psicologia*, 14, 239-248.

- Skogstad, A., Einarsen, S., Torsheim, T., Aasland, M. S., & Hetland, H. (2007). The destructiveness of laissez-faire leadership behavior. *Journal of Occupational Health Psychology, 12*, 80–92.
- Sosik, J.J., & Jung, D.I. (2010). *Full range leadership development: Pathways for people, profits, and planet*. New York: Routledge.
- Sosik, J.J., Avolio, B.J., & Jung, D.I. (2002). Beneath the mask: Examining the relationship of self-presentation attributes and impression management to charismatic leadership. *Leadership Quarterly, 13*, 217-242.
- Sternberg, R.J. (1997). Managerial intelligence: Why IQ isn't enough. *Journal of Management, 23*, 475–493.
- Stordeur, S., Vandenberghe, C., & D'hoore, W. (2000). Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments. *Nursing Research, 49*, 37-43.
- Sullivan, E.J., & Garland, G. (2010). *Practical leadership and management in nursing*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Sutherland, A.M., & Dodd, F. (2008). NHS Lanarkshire's leadership development programs impact on clinical practice. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 21*, 569–584.
- Sutherland, V.J., & Cooper, C.L. (2000). *Strategic stress management: an organizational approach*. New York: Palgrave.
- Tepper, B.J. (2000). Consequences of abusive supervision. *Academy of Management Journal, 43*, 178-190.
- Top, M., & Gider, O. (2013). Interaction of organizational commitment and job satisfaction of nurses and medical secretaries in Turkey. *International Journal of Human Resource Management, 24*, 667–683.
- Top, M., Akre, M., & Tarcan, M. (2015). Examining transformational leadership, job satisfaction, organizational commitment and organizational trust in Turkish hospitals: Public servants versus private sector employees. *The International Journal of Human Resource Management, 26*, 1259– 1282.

- Vance, C., & Larson, E. (2002). Leadership research in business and health care. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 165-171.
- Volich, R. M. (1995). Entre uma angústia a outra. *Boletim de Novidades Pulsional*, 80, 37-45.
- World Health Organization (WHO). (1981). *Santé et bien-être sur les lieux de travail. Rapport sur la réunion d'un group de travail de l'OMS*. Copenhagen: OMS.
- World Health Organization (WHO). (1989). Work with visual display terminals: psychosocial aspects and health. *Journal of Occupational Medicine*, 31, 957–968.
- Yukl, G. (1994). *Leadership in organizations* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Yukl, G. (1999). An evaluation of conceptual weaknesses in transformational and charismatic leadership theories. *Leadership Quarterly*, 10, 285-305.
- Yukl, G. A. (2005). *Leadership in organizations* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Questionário aos profissionais de saúde.

Anexo B - Declaração da Professora Doutora Tânia Gaspar.

ANEXO A

Questionário aos profissionais de saúde

Pretendemos identificar e compreender os fatores organizacionais, psicossociais e profissionais que influenciam a qualidade de vida, desempenho dos profissionais de saúde e outros resultados em Hospitais.

Os dados recolhidos destinam-se a procedimentos meramente estatísticos, tendo em vista o alargamento dos conhecimentos nesta área, bem como, ponderar formas de intervenção adequadas às necessidades das Organizações, Profissionais e Doentes. Os dados serão recolhidos através do instrumento seguinte e tem um tempo aproximado de resposta de 20 minutos.

A sua colaboração é fundamental, mas sinta-se livre de aceitar ou recusar participar no estudo. Asseguramos que todos os dados por si fornecidos são confidenciais.

Não existem respostas certas ou erradas, apenas lhe pedimos que responda a todas as questões apresentadas com a máxima sinceridade possível.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Idade	_____	Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
			União de Facto	<input type="checkbox"/>
			Casado(a)	<input type="checkbox"/>
Género	Feminino	<input type="checkbox"/>	Separado(a)	<input type="checkbox"/>
	Masculino	<input type="checkbox"/>	Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
			Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

Tem filhos?

Sim Não Quantos?

Nível de escolaridade (indique todas as que se verificarem)

Licenciatura	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
Mestrado	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
Doutoramento	<input type="checkbox"/>	Qual? _____

Situação profissional

Contrato a termo certo	<input type="checkbox"/>
Contrato sem termo e dedicação exclusiva	<input type="checkbox"/>
Contrato sem termo e acumulação de funções noutro Hospital	<input type="checkbox"/>
Contrato sem termo e acumulação de outras funções sem ser em Hospital	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

Área Formação/especialidade _____

Tempo de serviço (anos) _____

Tem alguma Doença Crónica?

Sim Não Qual?

CULTURA ORGANIZACIONAL

As seguintes afirmações pretendem avaliar seis dimensões-chave da cultura organizacional. Ao completar o instrumento, estará a fornecer uma imagem de como o Hospital opera e os valores que o caracterizam. Não existem respostas certas ou erradas para essas perguntas, assim como não existe cultura certa ou errada. Seja o mais preciso possível ao responder às perguntas, para que o diagnóstico cultural resultante seja o mais preciso possível.

1. Características Dominantes						
Nº	Itens	Discordo em absoluto	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo em absoluto
A	O Hospital é um local muito pessoal. É como uma família alargada. As pessoas parecem partilhar muito de si mesmas.					
B	O Hospital é um local muito empreendedor e dinâmico. As pessoas estão dispostas a correr riscos.					
C	O Hospital é muito orientado para os resultados. Uma grande preocupação é com o fazer o trabalho. As pessoas são muito competitivas e orientadas para a realização.					
D	O Hospital é um local muito controlado e estruturado. Os procedimentos formais geralmente limitam o que as pessoas fazem.					
2. Liderança Organizacional						
A	A liderança no Hospital é geralmente considerada como sinónimo de orientação, facilitação ou incentivo.					
B	A liderança no Hospital é geralmente considerada como um exemplo de empreendedorismo, inovação ou gestão de risco					
C	A liderança no Hospital é geralmente considerada como um exemplo de insensibilidade, agressividade e focada na orientação para os resultados					
D	A liderança no Hospital é geralmente considerada como exemplo de coordenação, organização ou eficiência.					

3. Gestão de Colaboradores						
A	O estilo de gestão no Hospital é caracterizado pelo trabalho em equipa, consenso e participação.					
B	O estilo de gestão no Hospital é caracterizado pelo risco individual, inovação, liberdade e singularidade.					
C	O estilo de gestão no Hospital é caracterizado pela competitividade, alta exigência e realização.					
D	O estilo de gestão no Hospital é caracterizado pela segurança do emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade nos relacionamentos.					
4. Coesão Organizacional						
A	O que une o Hospital é a lealdade e a confiança mútua. O compromisso com a organização é significativo.					
B	O que une o Hospital é o compromisso com a inovação e o desenvolvimento. Há incentivo em estar na vanguarda/na linha da frente.					
C	O que une o Hospital é a ênfase na realização e no alcance de objetivos. A agressividade e o vencer são temas comuns.					
D	O que une o Hospital são as regras e políticas formais. Manter o funcionamento tranquilo da organização é importante.					
5. Ênfase estratégico						
A	O Hospital enfatiza o desenvolvimento humano. A alta confiança, abertura e participação persistem.					
B	O Hospital enfatiza a aquisição de novos recursos e a criação de novos desafios. Propor e prospetivar novas situações e oportunidades são valorizadas.					

C	O Hospital enfatiza ações competitivas e realizações. Alcançar objetivos e ganhar no mercado são aspetos dominantes/fundamentais.					
D	O Hospital enfatiza a permanência e a estabilidade. A eficiência, controlo e operações simples/eficientes são importantes.					
6. Critérios de Sucesso						
A	O Hospital define o sucesso com base no desenvolvimento de recursos humanos, trabalho em equipa, comprometimento dos colaboradores e preocupação com as pessoas.					
B	O Hospital define o sucesso com base em ter os produtos mais exclusivos ou mais recentes. A organização é líder de produtos e inovadora.					
C	O Hospital define o sucesso com base em ganhar no mercado e em superar a concorrência. A liderança competitiva do mercado é fundamental.					
D	O Hospital define o sucesso com base na eficiência. Uma entrega confiável, um agendamento eficiente e uma produção de baixo custo são fatores essenciais.					

QUALIDADE DE VIDA

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida. Por favor responda a todas as perguntas. Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**. Por favor leia cada pergunta, e assinale com uma cruz, aquela que lhe parece ser a melhor resposta.

Nº	Itens	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1.1	Como avalia a sua qualidade de vida?					
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1.2	Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?					

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1.3	Em que medida as dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?					
1.4	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?					
1.5	Até que ponto gosta da vida?					
1.6	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?					
1.7	É fácil para si concentrar-se?					
1.8	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?					
1.9	Em que medida é saudável o seu ambiente físico? (clima, barulho, poluição, atrações)					
1.10	Tem energia suficiente para a sua vida diária?					
1.11	É capaz de aceitar a sua aparência física?					
1.12	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?					

1.13	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?					
1.14	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?					

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspetos da sua vida nas **duas últimas semanas**.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1.16	Até que ponto está satisfeito com o seu sono?					
1.17	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia?					
1.18	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?					
1.19	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?					
1.20	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? (amigos, parentes, conhecidos, colegas)					
1.21	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?					
1.22	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?					
1.23	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?					
1.24	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?					
1.25	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?					

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas **duas últimas semanas**.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequente-mente	Sempre
1.26	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?					

FACTORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Das seguintes afirmações indique (X) a que mais se adequa à sua resposta.

Nº	Itens	Nunca/quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	sempre
1	A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?					
2	Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?					
3	Precisa trabalhar muito rapidamente?					
4	O seu trabalho exige a sua atenção constante?					
5	O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?					
6	O seu trabalho exige emocionalmente de si?					
7	Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?					
8	O seu trabalho exige que tenha iniciativa?					
9	O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?					
10	No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?					

11	Recebe toda a informação que necessita para fazer bem o seu trabalho?					
12	Sabe exatamente quais as suas responsabilidades?					
13	O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência?					
14	É tratado de forma justa no seu local de trabalho?					
15	Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?					
16	Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?					
Em relação à sua chefia direta até que ponto considera que ...						
Nº	Itens	Nunca/quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	sempre
17	Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?					
18	É bom no planeamento do trabalho?					
19	A administração confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?					
20	Confia na informação que lhe é transmitida pela administração?					
21	Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?					
22	O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários					
23	Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente?					
Nº	Itens	Nada/quase nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
24	O seu trabalho tem algum significado para si?					

25	Sente que seu trabalho é importante?					
26	Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?					
27	Quão satisfeito está com o seu trabalho de uma forma global?					
28	Sente-se preocupado em ficar desempregado?					

Nº	Itens	Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Deficitária
29	Em geral, sente que a sua saúde é:					

As próximas duas questões referem-se ao modo como o seu trabalho afeta a sua vida privada:

Nº	Itens	Nada / Quase Nada	Um pouco	Moderada mente	Muito	Extrema mente
30	Sente que o seu trabalho lhe exige muita <u>energia</u> que acaba afetar a sua vida privada negativamente?					
31	Sente que o seu trabalho lhe exige muito <u>tempo</u> que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?					

Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu ...

Nº	Itens	Nunca/quase nunca	Raramente	Às Vezes	Frequente mente	Sempre
32	Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguiu adormecer novamente?					
33	Fisicamente exausto?					
34	Emocionalmente exausto?					
35	Irritado?					
36	Ansioso?					
37	Triste?					

Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

Nº	Itens	Nunca/quase nunca	Raramente	Às Vezes	Frequente mente	Sempre
38	Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?					

39	Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?					
40	Tem sido exposto a ameaças de violência?					
41	Tem sido exposto a violência física?					

SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES

Nº	Itens	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	A administração desta organização apoia-me				
2	Recebo o suporte e orientação adequados do meu supervisor direto				
3	Eu recebo toda a formação necessária para a realização do meu trabalho				
4	Aprendi diversas competências profissionais na função que desempenho/no lugar que ocupo				
5	Sinto-me encorajado pelo meu supervisor a oferecer sugestões e propostas de melhorias				
6	A administração faz alterações com base nas minhas sugestões e feedback				
7	Sou devidamente reconhecido quando tenho um bom desempenho nas tarefas de trabalho habituais				
8	As regras da organização fazem com que seja fácil para mim realizar um bom trabalho				
9	Estou satisfeito(a) com as minhas probabilidades de vir a ser promovido(a)				
10	Tenho oportunidades adequadas para desenvolver as minhas competências profissionais				
11	Eu tenho uma descrição precisa (por escrito) do trabalho a realizar				

12	A quantidade de trabalho que é expeável que eu termine ao final de cada semana é razoável				
13	Explicam-me sempre de forma clara as minhas tarefas de trabalho				
14	O meu trabalho é avaliado com base num sistema justo de padrões de desempenho				
15	O meu departamento disponibiliza todos os equipamentos, materiais e recursos necessários para que eu desempenhe as minhas funções/tarefas				
16	Os espaços físicos são adequados para que eu desempenhe as minhas funções				
17	Eu e os meus colegas de trabalho trabalhamos bem juntos				
18	Sinto que posso comunicar facilmente com os membros de todos os níveis hierárquicos desta organização				

Nº	Itens	Não, em absoluto	Provavelmente Não	Provavelmente Sim	Sim, em absoluto
19	Eu recomendaria este serviço a outros como sendo um bom local para se trabalhar				

Nº	Itens	1 – pior	2	3	4	5	6	7	8	9	10 - melhor
20	Como classificaria esta unidade de saúde como local para trabalhar, numa escala de 1 (a pior) a 10 (a melhor)										

DESEMPENHO

Depois de ler cada afirmação, avalie em termos da frequência com que tem o comportamento expresso em cada uma delas. Indique a sua resposta selecionando a descrição que melhor represente as suas observações ou experiência. As descrições variam de nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre. Não há respostas certas ou erradas. A resposta correta é a resposta que expressa as suas observações honestas ou experiência

Nº	Itens	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequente mente	Sempre
Processo de estabelecimento de objetivos						
1	Garante que as metas de desempenho estão ligadas aos objetivos estratégicos ou operacionais do Hospital					
2	Participa no estabelecimento de objetivos					
3	Auxilia os outros no estabelecimento de objetivos de desempenho específicos e mensuráveis					
4	Auxilia os outros no desenvolvimento de planos de ação que suportam metas de desempenho					
5	Incentiva os outros a estabelecer metas desafiadoras mas atingíveis					
Comunicação						
6	Tem um estilo de comunicação que faz com que os outros fiquem na defensiva					
7	É um bom ouvinte					
8	É acessível e disponível para conversar com outras pessoas					
9	Fornecer um feedback mais positivo do que negativo					
Feedback						
10	Dá aos outros um feedback oportuno sobre o seu desempenho					
11	Dá aos outros um feedback específico sobre o que é bom e mau relativamente ao desempenho					
12	Auxilia os outros no seu planeamento de carreira					
14	Ao fornecer dar feedback explica como o comportamento de uma pessoa a afeta a si própria e ao grupo de trabalho					
Coaching						
15	Mostra aos outros como completar tarefas difíceis					

16	Fornece os recursos necessários para realizar o trabalho					
17	Ajuda a identificar soluções para superar os obstáculos no desempenho					
18	Ajuda as pessoas a desenvolverem as suas competências					
19	Direciona quando é necessário					
Estabelecimento de conseqüências						
20	Reconhece o desempenho excepcional					
21	Recompensa o bom desempenho					
22	Relaciona o reconhecimento e/ou as recompensas pelo desempenho					
Estabelecimento/monitorização das expectativas de desempenho						
23	Verifica o trabalho quanto à precisão e/ou qualidade					
24	Mantém as pessoas informadas sobre mudanças, prazos ou problemas					
25	Comunica as expectativas relacionadas com a qualidade					
26	Monitoriza o seu próprio desempenho no trabalho					
27	Prioriza tarefas e objetivos					

ANEXO B

Declaração da Professora Doutora Tânia Gaspar



Para os devidos efeitos declara-se que a dissertação de Mestrado intitulada “O impacto do processo de liderança e do stress no desempenho dos profissionais de saúde” realizada pela estudante Miriam Filipa Tavares da Silva com a orientação da Professora Doutora Manuela Faia Correia integra-se no projeto de Investigação “Gestão em Contexto Hospitalar: Modelo compreensivo da relação entre a Cultura Organizacional, Fatores Psicossociais do Trabalho e Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde e consequentes Resultados”.

A participação no projeto obriga ao dever de manter o anonimato das organizações de saúde e profissionais e doentes participantes.

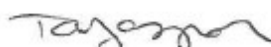
Esta obrigação advém do protocolo no âmbito do projeto realizado entre a Fundação Minerva e a Direção-Geral de Saúde que na sua Cláusula 7ª relativa aos Deveres Éticos e Deontológicos, refere, passo a citar “As partes comprometem-se a assegurar a manutenção permanente do cumprimento dos respetivos deveres éticos e deontológicos, incluindo a confidencialidade da informação de saúde que venha a ser obtida ou recebida em resultado da execução do presente Protocolo. As partes comprometem-se a informar o disposto no número anterior aos seus trabalhadores, colaboradores, membros ou consultores envolvidos na execução do presente Protocolo” e na Cláusula 8ª - Proteção da propriedade intelectual “Toda a documentação produzida e resultante dos trabalhos desenvolvidos no âmbito do presente Protocolo de Colaboração serão, em conformidade com a legislação aplicável, da propriedade intelectual da DGS e da ULL. (...). No âmbito do presente projeto poderão ser desenvolvidos trabalhos académicos ao nível de Mestrado e Doutoramento. No entanto os trabalhos terão aprovação e supervisão da Prof Doutora Tania Gaspar e serão assegurados os deveres éticos de confidencialidade e anonimato. (...).

Também nos documentos submetidos às comissões de ética das organizações de saúde envolvidas, nomeadamente no formulário de avaliação de impacto sobre a proteção de dados (Artº 35º do RGPD), o investigador principal compromete-se a zelar pela proteção dos dados recolhidos e manter a confidencialidade e anonimato das organizações e participantes do estudo.

Considera-se que este dever de confidencialidade e anonimato em nada prejudica e pelo contrário reforça a qualidade e rigor do estudo, aspeto claramente confirmado pelo parecer de Comissão de Ética, passo a citar “Pela presente informamos que o projeto citado em epígrafe, obteve, em Julho de 2019, parecer favorável da Comissão de Ética,

após esclarecimento das questões formuladas, considerando-se observados os imperativos que fundeiam as boas práticas clínicas, os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na conceção e na realização dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos.”

Disponível para qualquer esclarecimento adicional,



Tania Gaspar

Coordenadora e Investigadora Principal do projeto

“Gestão em Contexto Hospitalar: Modelo compreensivo da relação entre a Cultura Organizacional, Fatores Psicossociais do Trabalho e Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde e consequentes Resultados”