



ASSOCIAÇÃO DE POLITECNICOS DO NORTE

INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

**IMPACTO DO ESTILO DE LIDERANÇA NO NÍVEL DE *STRESS* DOS
PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE RADIOTERAPIA DO INSTITUTO
PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO**

Júlia Maria Ferreira da Silva Guedes

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde.

Orientada pela Professora Doutora Maria Alexandra Pacheco Ribeiro da Costa

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

Porto, Junho de 2016



**IMPACTO DO ESTILO DE LIDERANÇA NO NÍVEL DE *STRESS* DOS
PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE RADIOTERAPIA DO INSTITUTO
PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO**

Júlia Maria Ferreira da Silva Guedes

Orientada pela Professora Doutora Maria Alexandra Pacheco Ribeiro da Costa

Porto, Junho de 2016

Resumo

Um novo olhar sobre as organizações hospitalares e sobre a relação entre equipas de liderança e seus colaboradores pode, em última análise, contribuir para um melhor funcionamento de toda a equipa o que, certamente se traduzirá, em benefício para a organização e para os doentes que a ela têm de recorrer. Particularmente na área da saúde, os estudos, ainda escassos, sobre a temática do *Stress* ocupacional, procuram compreender o impacto do *stress* ocupacional ao nível do desempenho dos profissionais de saúde, investigando as suas causas. O objetivo principal deste trabalho foi determinar se existe impacto do líder no nível de *stress* ocupacional dos profissionais do Serviço de Radioterapia do IPO do Porto. Na fundamentação teórica desta pesquisa abordaram-se as principais teorias sobre liderança e não se pretendendo uma apresentação exaustiva de todos os modelos explicativos do *Stress* ocupacional, procurou-se sistematizar de forma breve os modelos teóricos tradicionais e os mais contemporâneos. Nesta investigação foram utilizados dois instrumentos: o Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde (QSPS) instrumento desenvolvido a partir dos trabalhos originais de Gomes (1998) e Gomes, Cruz & Cabanelas (2009) realizados com profissionais diferentes domínios, este instrumento avalia as potenciais fontes de *stress* no exercício da atividade dos profissionais da saúde; e a Escala Multidimensional de Liderança nas Organizações (EMLO) este instrumento teve a sua origem na Escala Multidimensional de Liderança no Desporto (EMLD) (Gomes & Resende, 2014) desenvolvida por Gomes (2006) mantendo a sua estrutura original, esta versão final encontra-se adaptada a contextos organizacionais. Os participantes consistiram em 89 trabalhadores do Serviço de Radioterapia e Física Médica do IPO do Porto, aos quais foram aplicados os questionários. Os resultados permitem concluir que 51% dos profissionais apresentam *stress* moderado e 40% consideram que a sua atividade profissional lhes causa bastante *stress*.

Palavras-chave: Liderança, *Stress* ocupacional, Profissionais de Saúde

Abstract

A new look at hospital organizations and the relationship between leadership teams and their employees can ultimately contribute to a better functioning of the entire team which certainly will result in benefit to the organization and to patients. They have to resort to it. Particularly in health, studies, scarce, on the subject of occupational stress, seek to understand the impact of occupational stress in terms of the performance of health professionals, investigating the causes. The aim of this study was to determine whether there is impact of the leading occupational stress level of those working in the Porto IPO Radiotherapy Department. The theoretical foundation of this research addressed to the main theories on leadership and not intended a comprehensive presentation of all explanatory models of occupational stress; we tried to systematize briefly the traditional theoretical models and more contemporary. In this investigation we used two instruments: Stress Questionnaire on Health Practitioners (QSPS) instrument developed from the original work of Gomes (1998) and Gomes, Cruz & Cabanelas (2009) conducted with professionals from different fields this instrument assesses the potential sources of stress in the practice of health professionals activity; and Multidimensional Scale of Leadership in Organizations (EMLO) this instrument has its origins in the Multidimensional Scale of Leadership in Sport (MLSS) (Gomes & Resende, 2014) developed by Gomes (2006), maintaining its original structure, this final version is adapted to organizational contexts. Participants consisted of 89 workers of Radiotherapy and Medical Physics of IPO from Oporto, to which the questionnaire was applied. The results show that 51% of professionals have moderate stress and 40% consider their professional activity causes them enough stress.

Keywords: Leadership, Occupational Stress, Health Professionals.

Resumen

Una nueva mirada a las organizaciones hospitalarias y la relación entre los equipos de liderazgo y sus empleados pueden contribuir en última instancia a un mejor funcionamiento de todo el equipo que sin duda se traducirá en beneficio para la organización y para los pacientes. Tienen que recurrir a ella. En particular, en la salud, los estudios, escasos, sobre el tema del estrés ocupacional, tratar de comprender el impacto del estrés en el trabajo en cuanto a la actuación de los profesionales de la salud, la investigación de las causas. El objetivo de este estudio fue determinar si existe impacto del nivel de estrés en el trabajo principal de los que trabajan en la salida a bolsa del Departamento de Radioterapia del Puerto. El fundamento teórico de esta investigación dirigida a las principales teorías sobre liderazgo y no pretende una presentación completa de todos los modelos explicativos del estrés laboral, hemos tratado de sistematizar brevemente los modelos teóricos tradicionales y más contemporáneo. En esta investigación se utilizaron dos instrumentos: Cuestionario de Estrés de Especialistas de salud (QSPS) instrumento desarrollado a partir de la obra original de Gomes (1998) y Gomes, Cruz y Cabanelas (2009) realizados con profesionales de diferentes ámbitos este instrumento evalúa las posibles fuentes de estrés en la práctica de la actividad de los profesionales de la salud; y la Escala Multidimensional de Liderazgo en las Organizaciones (EMLO) este instrumento tiene sus orígenes en la Escala Multidimensional de Liderazgo en el Deporte (EMLD) (Gomes y Resende, 2014) desarrollado por Gomes (2006), manteniendo su estructura original, esta versión final se adapta a los contextos organizacionales. Los participantes fueron 89 trabajadores de Radioterapia y Física Médica de Puerto de salida a bolsa, a las que se aplicó el cuestionario. Los resultados muestran que el 51% de los profesionales tienen estrés moderado y el 40% considera que su actividad profesional les causa suficiente estrés.

Palabras clave: Liderazgo, Estrés Ocupacional, Profesionales de la Salud

Agradecimentos

Este trabalho não seria possível sem a disponibilidade e apoio daqueles que contribuíram, direta ou indiretamente para a sua elaboração.

Um especial agradecimento a todos os colegas de serviço que disponibilizaram uma parte do seu tempo para fazer parte deste estudo.

Agradeço à Professora Alexandra Costa pela motivação, apoio e ajuda ao longo deste percurso.

Uma palavra de agradecimento para o Dr. Luis Antunes pela sua ajuda no tratamento estatístico.

À minha família e amigos que durante este ano me apoiaram e compreenderam as ausências motivadas pelo tempo que dediquei a este trabalho.

Obrigada a todos.

Abreviaturas e Acrónimos

α – Alfa

B-On – Biblioteca do conhecimento *Online*

CIT – Contrato Individual de Trabalho

CTFP – Contrato de Trabalho em Funções Públicas

DP – Desvio-Padrão

EMLO – Escala Multidimensional de Liderança nas Organizações

EP – Erro Padrão

IPO – Instituto Português de Oncologia

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

M – Média

n – Amostra

QSPS – Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde

SciELO – *Scientific Electronic Library Online*

SGA - Síndrome Geral de Adaptação

SGA – Síndrome Geral de Adaptação

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

Índice

Introdução.....	1
Motivação para a escolha do tema.....	2
Objetivos.....	2
Metodologia.....	3
Estrutura da Dissertação.....	3
CAPÍTULO I FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
1.1. Liderança.....	6
1.1.1. A importância da liderança no desempenho da organização.....	7
1.1.2. A liderança formal e liderança informal.....	8
1.1.3. Modelos de liderança	9
1.1.3.1. Teoria dos traços	10
1.1.3.2. Teorias do comportamento	11
1.1.3.2.1. Teoria da Universidade de Iowa - Teoria de White e Lippitt.....	11
1.1.3.2.2. Teoria da Universidade de Ohio.....	12
1.1.3.2.3. Teoria da Universidade de Michigan.....	13
1.1.3.3.1. Teoria contingencial de Fiedler.....	14
1.2.3.3.2. Teoria de Hersey-Blanchard	16
1.1.3.4. Teorias Contemporâneas	18
1.1.3.4.1. Liderança Transformacional.....	18
1.1.3.4.2. Liderança Transacional.....	20
1.1.3.4.3. Liderança autêntica	21
1.2. O estudo do <i>Stress</i>	21
1.2.1. <i>Stress</i> ocupacional.....	22

1.2.1.1. Modelos explicativos do <i>Stress</i> no local de trabalho	25
1.2.1.1.1. Modelos de Perdas de Recursos.....	25
1.2.1.1.2. Modelos de Ajuste-Desajuste	26
1.2.1.1.3. Modelo Vitamínico de Warr	27
1.2.1.1.4. Modelos de Exigências-Recursos.....	28
1.3. Liderança e <i>stress</i>	30
CAPÍTULO II METODOLOGIA.....	32
2.1. Modelo da Investigação.....	33
2.2. Formulação de Hipóteses.....	34
2.3. Tipo de estudo	34
2.4. Instrumentos utilizados	35
2.4.1. Questionário sociodemográfico	35
2.4.2. Questionário de <i>Stress</i> nos Profissionais de Saúde (QSPS)	35
2.4.3. Escala Multidimensional de Liderança nas Organizações (EMLO)	36
2.5. População e Amostra	38
2.6. Procedimento de recolha de dados.....	38
2.7. Tratamento de dados	39
CAPÍTULO III APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	40
3.1. Análise Exploratória de dados	41
3.1.1. Caracterização da Amostra	41
3.1.2. Características Psicométricas na Amostra em Estudo quanto ao QSPS.....	43
3.1.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo quanto à EMLO.....	46
3.1.4. Correlações entre as Dimensões das Escalas em estudo	51
3.1.4.1. Correlações entre a variável <i>Stress</i> e as suas subescalas.....	51
3.1.4.2. Correlações entre a Variável Liderança e as subescalas.....	52

3.1.4.3. Correlações de Pearson entre as dimensões das escalas em estudo.....	53
3.1.5. Hipóteses em Estudo.....	54
H1: As mulheres e os homens diferem no que concerne ao nível de <i>stress</i> no trabalho.....	54
H1.1: As fontes de <i>stress</i> são diferentes no grupo feminino e no grupo masculino.	55
H2: Existem diferenças no nível de stress quanto à faixa etária dos participantes no estudo.....	56
H3: Existem diferenças entre o nível de <i>stress</i> dos funcionários que trabalham há mais de 15 anos na instituição e aqueles que trabalham na instituição há menos tempo.....	57
H3.1: Os fatores indutores de <i>stress</i> diferem nos dois grupos	57
H4: Existem diferenças no nível de <i>stress</i> nas diversas áreas profissionais	58
H4.1: Existem diferentes fontes de <i>stress</i> nas diversas áreas profissionais.....	60
H5: É possível estabelecer relações entre as dimensões da liderança e o <i>stress</i> ocupacional nos funcionários do Serviço de Radioterapia do IPO do Porto.	61
CAPÍTULO IV ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	62
Conclusões	67
BIBLIOGRAFIA.....	68
ANEXOS.....	74
ANEXO I – Autorização do IPO para efetuar o estudo.....	75
ANEXO II- Questionário utilizado.....	77

Índice de figuras

Figura 1 – Teoria Contingencial de Fiedler.....	15
Figura 2 - Teoria de Hersey e Blanchard.....	17
Figura 3 - Liderança Transformacional	20
Figura 4 - Modelo de Investigação	33

Índice de Tabelas

Tabela 1- Diferenças entre Autoridade Formal e Liderança	9
Tabela 2 – Evolução do estudo da Liderança.....	10
Tabela 3 – Características do Líder – Traços de Personalidade.....	11
Tabela 4- Teoria de White & Lippitt.....	12
Tabela 5 – A teoria Contingencial.....	14
Tabela 6 - Teorias e Modelos de <i>stress</i> ocupacional.....	25
Tabela 7 - Dimensões e itens do QSPS	36
Tabela 8 - Dimensões e itens da EMLO	37
Tabela 9 - Variáveis Sociodemográficas	42
Tabela 10 - Consistência interna das dimensões da QSPS	43
Tabela 11 - Coeficiente de correlação de Pearson de cada um dos itens com o valor global da QSPS.....	43
Tabela 12 – Frequências observadas na QSPS (n= 89).....	44
Tabela 13 - Estatística descritiva das dimensões da escala QSPS	46
Tabela 14 - Nível médio de Stress Ocupacional.....	46
Tabela 15 -Consistência Interna das dimensões da EMLO.....	47
Tabela 16- Coeficiente de correlação de Pearson para cada item da escala EMLO	48
Tabela 17- Frequências observadas na EMLO (n= 89)	49
Tabela 18 - Estatística descritiva das dimensões da escala EMLO.....	51
Tabela 19 - Correlações entre a variável Stress e as suas subescalas n (89).....	52
Tabela 20 - Correlações entre a Variável Liderança e as subescalas.....	53
Tabela 21- Correlações de Pearson entre as dimensões das escalas em estudo.....	54
Tabela 22 - Correlações das Dimensões de Stress nos dois grupos.	56
Tabela 23 - Comparação do nível de stress tendo em conta a faixa etária	56
Tabela 24- Estatística dos grupos funcionários com > 15 anos de serviço e funcionários com <=15 anos de serviço.....	57
Tabela 25 - Correlações entre Stress e as suas subescalas nos grupos anos de serviço<=15 e anos de serviço>15	58
Tabela 26 - Dados relativos ao nível de stress por Profissão	59
Tabela 27 - Comparação do nível de stress tendo em conta a área profissional.	60

Tabela 28 - Correlações entre o stress e as suas subescalas em cada grupo profissional 61

Introdução

Organizações complexas e dinâmicas como as organizações hospitalares requerem que os seus gestores para além de liderarem pessoas sejam capazes de coordenar e supervisionar os seus colaboradores. Em organizações que providenciam cuidados de saúde, devido à complexidade e elevado número de diferentes tarefas a ser desenvolvidas, gerir recursos financeiros, tecnológicos e humanos escassos, constitui um desafio para os líderes e seus colaboradores.

A diminuição da população ativa e o prolongamento da vida, fenómeno patente no progressivo envelhecimento da população acarretará um vasto conjunto de consequências nos planos socioeconómicos dos países. As limitações impostas pela necessidade de racionalizar os recursos financeiros do país têm contribuído para questionar do modelo em que assenta a prestação dos cuidados de saúde. É imperiosa uma maior racionalidade na gestão do sistema, não descurando o incremento da qualidade da prestação dos cuidados em muito devido aos grandes avanços da medicina só possíveis através das inovações tecnológicas dos últimos 50 anos (Monteiro, 1999).

As organizações hospitalares diferem de outras estruturas organizacionais na medida em que os seus elementos não obedecem apenas a uma hierarquia, guiando-se por códigos, normas e valores próprios da sua deontologia profissional. Do estudo de Monteiro (1999) conclui-se que, no que concerne à identidade, os profissionais que exercem papéis de chefia nas organizações hospitalares identificam-se com a sua profissão, privilegiando a sua carreira. De acordo com este autor, o nível de qualificação dos profissionais a exercer neste tipo de organização faz com que a supervisão hierárquica seja muito difícil.

As inovações tecnológicas introduzidas nas organizações modernas, nomeadamente nas organizações hospitalares, a necessidade de adaptação dos seus funcionários a novos métodos de trabalho obrigam a reforçar e repensar as práticas de gestão de uma forma constante. A impossibilidade de contratar novos colaboradores devido às restrições impostas pelo governo em sede de Orçamento do Estado dos últimos anos, com a diminuição de pessoal nos serviços públicos, nomeadamente nos hospitais, dificulta a tarefa dos gestores destas organizações e tem implicações na vida pessoal e profissional dos seus colaboradores.

Motivação para a escolha do tema

Não existem estudos que relacionem o estilo de liderança e o *stress* dos funcionários de um serviço tão complexo como o serviço de radioterapia do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO) constituído por técnicos, médicos, engenheiros, enfermeiros, físicos, dosimetristas, administrativos e auxiliares de ação médica no total de cerca de 125 elementos, que têm que funcionar da melhor forma para que o tratamento do doente, função principal deste serviço, seja administrado da forma mais correta e segura. Esta foi a principal motivação que norteou a escolha deste tema, ao qual não foi também alheio, o facto da autora do trabalho desempenhar de funções de coordenação neste serviço.

Este trabalho permitirá, desta forma, um novo olhar sobre esta organização e sobre a relação entre equipas de liderança e seus colaboradores e, em última análise, contribuir para um melhor funcionamento de toda a equipa o que, certamente se traduzirá, em benefício para a organização e para os doentes que a ela têm de recorrer.

Objetivos

O objetivo geral deste trabalho será determinar se existe impacto do papel do líder no nível de *stress* ocupacional dos profissionais do Serviço de Radioterapia do IPO do Porto.

Como objetivos específicos serão considerados:

1. Relacionar os fatores sociodemográficos (idade, género, área profissional) e o nível de *stress* ocupacional.
2. Relacionar a área de atividade profissional desenvolvida com os diferentes níveis de *stress*.
3. Identificar as dimensões do *stress* predominantes em cada área profissional do Serviço onde decorrerá o estudo.
4. Perceber se existe relação entre as dimensões da liderança exercida no serviço e o nível *stress* dos funcionários do serviço.

Metodologia

A metodologia utilizada para a elaboração da dissertação consistiu em três fases, a primeira, a definição do tema, a segunda recolha de informação e a terceira a redação do trabalho e a sua apresentação.

O tema da presente dissertação surgiu após a realização de pesquisa bibliográfica acerca do tema Liderança. O facto de os profissionais de saúde serem identificados como profissionais que estão sujeitos a condições de trabalho potenciadores de *stress* ocupacional, fomentou a ideia de realizar este estudo no sentido de aferir a que ponto o estilo de liderança adotado pelos diversos chefes deste serviço têm impacto no nível de *stress* dos seus colaboradores, sendo que poderá ser utilizado como ponto de partida para identificar situações e apontar caminhos para a resolução de algumas questões.

Após a definição do tema e através de pesquisas bibliográficas efetuadas foi realizado o enquadramento teórico do tema. A pesquisa foi realizada através de textos e livros especializados, artigos científicos em bibliotecas on-line, particularmente no Google académico, B-On e SciELO. Foi realizada uma seleção da bibliografia mais relevante para o tema da presente dissertação e posteriormente foi elaborada a fundamentação teórica tendo como base as variáveis a estudar nesta investigação: liderança e *stress*. A recolha de informação e dados para este trabalho consistiu na distribuição de três questionário, o primeiro com vista à recolha de informação sociodemográfica dos participantes do estudo, o segundo relativo à variável liderança e o último o questionário sobre *stress* nos profissionais de saúde. Os dados recolhidos foram tratados e efetuada a sua análise através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Após a recolha da informação necessária à estruturação da presente dissertação iniciou-se a redação e apresentação do trabalho.

Estrutura da Dissertação

A presente dissertação está organizada em três partes, a primeira diz respeito à introdução, onde se faz o enquadramento teórico do tema e se enumeram os objetivos da investigação. A segunda parte está dividida em quatro capítulos, o Capítulo I diz respeito à fundamentação teórica do tema adotado e com base nas referências bibliográficas se dá uma perspetiva geral dos fatores

em estudo. O Capítulo II refere a metodologia adotada, a caracterização da população em estudo, a amostra e sua descrição, as etapas de recolha de dados, quais os instrumentos utilizados e a análise estatística efetuada. O Capítulo III contém a apresentação e a descrição dos resultados obtidos. No Capítulo IV procede-se à comparação dos resultados obtidos com investigações anteriores e realiza-se uma análise crítica sobre as semelhanças e diferenças encontradas. Seguidamente apresentam-se as conclusões que este estudo permitiu retirar, apresentando-se também as limitações do estudo e futuras possibilidades de estudos a efetuar.

Este trabalho comporta ainda uma secção de anexos, designadamente o anexo I que diz respeito à autorização para a realização do estudo no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil-Porto. O anexo II diz respeito aos instrumentos utilizados, nomeadamente o questionário sociodemográfico, a Escala Multidimensional de Liderança nas Organizações (EMLO) e o Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde (QSPS).

CAPÍTULO I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Liderança

A liderança é um dos temas que tem merecido mais atenção por parte dos investigadores e profissionais. O estilo de liderança é visto como um fator fundamental na organização. A liderança é vista por Gomes, Cardoso & Carvalho (2000) como a capacidade de promover a ação coordenada, com vista ao alcance dos objetivos organizacionais. A liderança constitui-se como um processo que implica a capacidade de influenciar os outros, este processo deve ser alvo de autoanálise e autocritica por parte do líder.

Hersey & Blanchard (1988) definem liderança como “ o processo de influenciar as atividades de um individuo ou grupo no sentido de deles obter esforços que permitam o alcance de metas numa determinada situação ”

A liderança, e a forma como é exercida, é vista como um fator determinante no desempenho dos seus colaboradores e conseqüentemente da organização. Numa época em que as organizações estão em constante transformação, graças às transformações tecnológicas, ambientais, de políticas governamentais, de alterações nas atitudes dos seus funcionários, a intervenção do líder é mais importante do que nunca (Bass & Stogdill, 1990). De acordo com Carneiro (2014), líderes que se preocupam com os seus liderados, que os apoiam criam um ambiente de bem-estar no trabalho.

A liderança tem sido definida como um processo grupal, que combina a personalidade do líder e seus colaboradores, o respeito mutuo, comportamentos específicos dos intervenientes neste processo, a persuasão, o poder, a conquista de metas, e as eventuais combinações destes fatores (Gonçalves & Mota, 2011).

Ao abordar o tema liderança, podem ser consideradas as vertentes relacionadas com as capacidades que os líderes demonstram, ou com estilo que o líder pode adotar em função do foco da sua atividade com o ênfase nos processos ou nas pessoas. Considerando o papel do liderado, podem ser evidenciadas as suas expectativas e a forma como ele as encara o seu papel dentro da organização. O ambiente ou situação específica, em que líder e liderados se encontram inevitavelmente influencia a maneira como a liderança é exercida, o que exige da sua parte uma constante busca de autoconhecimento pois considera-se que a sua missão é criar um ambiente no

qual as pessoas possam demonstrar e desenvolver as suas potencialidades (Gonçalves & Mota, 2011). É importante que o líder compreenda de que forma a sua liderança pode ser legitimada pelos seus seguidores, deve refletir acerca das aspirações do grupo, por forma a influenciar o grupo a perseguir um objetivo que deve ser comum e assim induzir a mudança social na organização (Antonakis, 2006).

1.1.1 A importância da liderança no desempenho da organização

A liderança é um facto muito importante em qualquer organização, no caso de uma estrutura tão complexa como um hospital não será só importante, terá certamente um papel primordial.

O líder inspira os funcionários a seguir a visão e objetivos da organização e como tal, a capacidade de liderar está intimamente associada ao sucesso ou fracasso da organização. Vista como um fenómeno de influência interpessoal, a capacidade de liderar pressupõe que um líder modifique o comportamento de outras pessoas (Chiavenato I. , 2005) pelo que a forma como exerce o poder e autoridade foi amplamente estudado ao longo do último século.

Liderança é um dos temas mais discutidos, mas menos compreendidos, da gestão de hoje em dia. O líder deve possuir três competências, deve ser capaz de reconhecer a situação que pretende influenciar, ser capaz de adaptar o seu comportamento e os outros recursos disponíveis para enfrentar as contingências da situação e por último ser capaz de comunicar para que os seus colaboradores o consigam compreender, facilitando a compreensão e confiança na mensagem que transmite (Smart, 2010). No entanto poucos líderes entendem o verdadeiro impacto que o seu estilo de liderança tem no desempenho e satisfação dos seus colaboradores. Têm influência no comportamento dos seus funcionários com impacto na motivação e atitude que demonstram afetando o desempenho do grupo e conseqüentemente da organização. Podem afetar a autoimagem dos seus colaboradores e influenciá-los positivamente e incentivando-os ao ser solidário, justo, ou pelo contrário ter um impacto negativo no grupo por se mostrar inconsistente, errático e crítico. O líder pode mesmo afetar a saúde e nível de energia dos seus colaboradores, nas organizações pode ser instalado um ambiente de trabalho agradável e estimulante ou pelo contrário um clima de medo e tensão. A influência do estilo de liderança atinge maior importância

quando ao afetar os colaboradores, o desempenho do grupo deixa de ser adequado (Warrick, 1981).

No contexto atual, no qual as organizações desenvolvem a sua atividade num ambiente em constante mudança, é fundamental que o líder contemporâneo possua a capacidade de se adaptar a esta realidade reconhecendo não só a importância dos resultados da organização, mas também a importância dos relacionamentos no ambiente organizacional (Duarte & Papa, 2011). Do ponto de vista estratégico, o líder deve ser capaz de influenciar os seus seguidores, preparando-os para as mudanças constantes no paradigma organizacional com vista a reforçar a organização, diminuindo as suas fraquezas e elevando as suas capacidades, antecipando ameaças que possam surgir, criando um clima de adaptação organizacional (Antonakis, 2006).

1.1.2. A liderança formal e liderança informal

Nos estudos efetuados sobre o tema é frequente encontrar referência a dois tipos de liderança, a liderança informal e a liderança formal. A liderança formal é exercida por alguém designado pela organização, e ocupa uma posição bem definida na estrutura hierárquica. A liderança informal ou emergente é exercida por alguém que não possui uma posição oficial no entanto exerce influência no grupo, seja por expressar ideias com valor para a organização, colocar questões pertinentes ou fazer sugestões ao líder formal (Lourenço, 2000).

O líder informal deve ser visto como um elemento essencial na mediação das tensões empresa/ grupos informais e que pretende, assim como todos que compõem a instituição, que esta prospere e alcance o sucesso esperado, e não como uma ameaça à liderança formal. O líder informal pode ser considerado como um veículo da comunicação direção/empregados e vice-versa, pois ele capta a mensagem e a retransmite de forma que o conteúdo se torne mais acessível ao grupo ao qual se dirige. O grupo percebe o líder informal como um deles, possui as mesmas funções, e que, desse modo, fará o possível para beneficiar a todos que estão na mesma situação. O líder informal pode ser visto como um modelo de atitudes e também alguém que representa os colegas, perante outros grupos e também frente aos superiores hierárquicos. O papel do líder informal como mediador nos conflitos é fundamental para criar um clima favorável dentro da organização (Monteiro & Espírito Santo, 2008). O líder informal exibe características pessoais que lhe conferem a possibilidade de exercer influência no grupo, no entanto não é

designado formalmente como líder (Bertocci, 2009). Nesse sentido Antonakis (2006) refere que os seguidores fazem parte de um sistema em permanente atualização, não são meros observadores, com as suas ações têm um papel importante no processo de liderança, influenciando-o e legitimando-o.

Tabela 1- Diferenças entre Autoridade Formal e Liderança

<u>AUTORIDADE FORMAL</u>	<u>LIDERANÇA</u>
Fundamenta-se em leis aceites de comum acordo, que criam figuras de autoridade dotadas do poder de comando	Fundamenta-se na crença dos seguidores a respeito das qualidades do líder e do seu interesse em segui-lo
O seguidor obedece à lei incorporada na figura de autoridade, não à pessoa que ocupa o cargo	O seguidor obedece ao líder e à missão que ele representa
A lei é o instrumento para possibilitar a convivência social	O líder é o instrumento para resolver problemas da comunidade.
A autoridade formal é limitada no tempo e no espaço geográfico, social, ou organizacional. Os limites definem a jurisdição da autoridade.	Os limites da liderança definem a área de influência do líder. A liderança é limitada ao grupo que acredita no líder ou que precisa dele.
A autoridade formal é temporária para a pessoa que desempenha o papel de figura de autoridade.	A liderança tem a duração da utilidade do líder para o grupo de seguidores.
A autoridade formal inclui o poder de forçar a obediência das regras aceites para a convivência	Os líderes têm o poder representado pela massa que os segue.
A autoridade formal é atributo singular	A liderança é produto de inúmeros fatores. Não é a qualidade pessoal singular.

Fonte: Adaptado de Maximiano (2002)

1.1.3. Modelos de liderança

O desenvolvimento das teorias da liderança pode ser definido em quatro fases, a inicial e até final dos anos quarenta, a teoria dos traços; a segunda até finais dos anos sessenta com as teorias comportamentais do líder; durante os anos setenta as abordagens contingenciais da liderança em que se pressupõe que a situação influencia o comportamento do líder e seus colaboradores e mais recentemente, desde os anos oitenta até hoje a abordagem contemporânea de liderança que evidencia as características do líder e o seu comportamento num processo interativo, dinâmico e extremamente complexo, das quais se evidenciam a liderança de caráter transacional, a liderança transformacional e a liderança carismática, como processos inerentes ao

ajuste permanente do líder às condições em que a organização se insere, fomentando o comprometimento dos seus colaboradores com os objetivos da organização.

Tabela 2 – Evolução do estudo da Liderança

Período	Abordagem	Pressupostos
Até finais dos anos 40	Teoria dos traços	Liderança é uma capacidade inata
Finais dos anos quarenta até finais dos anos 60	Comportamentos de Liderança	O comportamento do líder está relacionado com a eficácia da liderança
Anos 70 até início dos anos 80	Abordagens contingenciais	A eficácia da liderança é influenciada pela situação
Início dos anos 80 até à atualidade	Novas abordagens (Liderança Carismática)	A liderança está relacionada com a visão do líder

Fonte: Adaptado de Bryman (1992)

1.1.3.1. Teoria dos traços

No início do século XX, os líderes eram geralmente vistos como seres superiores, por possuírem características hereditárias que os favoreciam, demonstravam qualidades e dons intelectuais que os distinguiam dos indivíduos em geral. A identificação dessas qualidades específicas foram tema de estudo nas duas décadas seguintes no entanto nos estudos efetuados por vários investigadores não foi possível identificar com clareza os traços que definiriam o líder. Estudos efetuados por diversos autores suportam a teoria de que as características pessoais não são determinantes no exercício da liderança. A ideia inicial de que o líder nascia líder foi abandonada, no entanto é reconhecido que certas características pessoais incrementam a probabilidade de sucesso do líder (Bass & Stogdill, 1990). A teoria dos traços levanta diversas questões de índole teórica, metodológica e prática no que respeita à tentativa de identificar e elaborar uma lista consistente de características do líder (Warrick, 1981). No entanto tal como refere Antonakis (2006) as teorias mais recentes sobre liderança sugerem que o efeito das aptidões, capacidades e comportamentos do líder permitem prever os resultados da sua liderança.

Tabela 3 – Características do Líder – Traços de Personalidade

Fatores físicos	Energia, Porte físico, estatura, peso, tom de voz alto e imponente, idade, aparência pessoal
Habilidades	Inteligência, fluência verbal, nível intelectual, conhecimento e poder de comunicação
Aspetos da personalidade	Autoconfiança, moderação, dominância, sensibilidade interpessoal e controle emocional
Traços relacionados com a tarefa	Controle das técnicas, impulso de realização, persistência e iniciativa

Fonte: Adaptado de Chiavenato (2003))

1.1.3.2. Teorias do comportamento

Nos anos 40 do século passado, com o objetivo de desenvolver melhores líderes, vários estudos sobre liderança focaram o seu interesse nos comportamentos dos líderes que poderiam ter maior impacto nos seus liderados. Os investigadores desenvolveram estudos que identificariam os comportamentos comuns em líderes e nas suas equipas.

1.1.3.2.1. Teoria da Universidade de Iowa - Teoria de White e Lippitt

Uma equipa de estudiosos da Universidade de Iowa que se dedicou ao estudo deste tema desenvolveu uma teoria que ainda hoje é objeto de interesse dos investigadores deste fenómeno. Os estilos de liderança segundo White & Lippitt poderiam ser divididos em três: **Estilo Autocrático** em que o líder controla todas as linhas de atuação do grupo não existindo qualquer participação nas decisões e na definição de tarefas por parte dos seus colaboradores, o líder determina qual a tarefa que cada um deve executar e qual o seu companheiro de trabalho, desta forma o líder é dominador, conseqüentemente o grupo revela uma grande tensão, revela ausência de satisfação em relação à tarefa, na ausência do líder o grupo pouco produz e há tendência para o grupo se tornar indisciplinado. Assenta na autoridade, controle, podere manipulação; **Estilo Democrático** revela um líder que inclui o grupo na tomada de decisões e na estruturação de tarefas, o envolvimento dos elementos do grupo potencia as relações entre colegas de equipa, a partilha de decisões alimenta a coesão do grupo em torno da visão e dos objetivos da organização, desta forma desenvolve-se um ritmo de trabalho progressivo e estável mesmo que o líder se

ausente, verificando-se que os elementos do grupo revelam um clima geral de satisfação; **Estilo Laissez-Faire ou Estilo Liberal** demonstra um líder cuja participação na tomada de decisões é mínima, limita a sua participação às situações em que lhe é solicitada, o grupo decide a divisão das tarefas e também a escolha dos companheiros, o líder não avalia nem regula o curso dos acontecimentos, a produtividade do grupo não é satisfatória, verifica-se um certo individualismo e pouco respeito pelo líder (Chiavenato, 1997).

Tabela 4- Teoria de White & Lippitt

	Liderança Autocrática	Liderança Liberal	Liderança democrática
Tomada de decisões	Apenas o líder decide e fixa as diretrizes	Total liberdade para a tomada de decisões grupais ou individuais, com participação mínima do líder	As diretrizes são debatidas e decididas pelo grupo que é estimulado e assistido pelo líder
Programação dos trabalhos	O líder determina providências para a execução de tarefas, de acordo com a necessidade e de forma imprevisível para o grupo	A participação do líder no debate é limitada, apresentando alternativas variadas ao grupo, esclarecendo que poderia fornecer a informação que pedissem	O grupo esboça providências e técnicas para atingir as metas com o aconselhamento técnico do líder, quando necessário.
Divisão do trabalho	O líder determina qual a tarefa que cada um deverá executar e qual o seu companheiro de trabalho.	Tanto a divisão das tarefas como a escolha dos colegas ficam por conta do grupo. Há absoluta falta de participação do líder.	A divisão de tarefas fica critério do grupo e cada membro tem liberdade de escolher os seus colegas de tarefa.
Participação do líder	O líder é pessoal e dominador nos elogios e críticas ao trabalho de cada membro.	O líder não faz nenhuma tentativa de avaliar ou regular o curso das coisas. Faz apenas comentários quando perguntado.	O líder procura ser um membro normal do grupo, sem encarregar-se muito de tarefas. É objetivo, limita-se aos fatos quando elogia ou critica.

Fonte: Chiavenato (1997)

1.1.3.2.2. Teoria da Universidade de Ohio

Os estudos efetuados na Universidade de Ohio em 1945 marcaram um ponto de viragem na abordagem ao tema liderança. Embora este estudo fosse responsável por uma série de resultados significativos sobre liderança, conduziu à identificação das duas dimensões básicas de comportamento de liderança em organizações formais, a dimensão consideração e a dimensão de estrutura de inicialização. Essas variáveis foram identificadas como resultado de uma série de estudos que se destinavam a determinar o menor número de dimensões que descrevem adequadamente o comportamento do líder, nomeadamente a forma como ele é percebido pelo

próprio líder e seus subordinados. A dimensão consideração diz respeito às atitudes que revelam a confiança e proximidade entre o supervisor e seu grupo e a preocupação com as necessidades dos membros do grupo, a forma como o líder se relaciona com os seus colaboradores, a comunicação, respeito mútuo e compreensão. A dimensão estrutura de iniciação está relacionada com o comportamento do líder face ao grupo e a forma como esta interação se desenrola com vista a alcançar a meta, através do planeamento, da programação de tarefas, da organização do trabalho do grupo, definição e atribuição de funções dos intervenientes (Warrick, 1981).

1.1.3.2.3. Teoria da Universidade de Michigan

Estudos efetuados na Universidade de Michigan, em 1947 obtiveram resultados semelhantes aos realizados em Ohio. Investigadores como Kahn, Likert, Katz, Maccoby e Morse estudaram a relação entre o comportamento do líder e a produtividade dos funcionários. Como resultado desse estudo concluíram existirem dois estilos de liderança, a liderança centrada nos funcionários e a liderança centrada na produção. No estilo de liderança centrada no funcionário, verificaram que o líder dedicava mais tempo a atividades de supervisão e menos tempo desempenhando tarefas similares às dos seus colaboradores, praticava uma supervisão geral, revelava interesse pelos seus colaboradores e seus objetivos, e era menos punitivo quando ocorriam erros. O líder que exibia um estilo centrado na produção, dedicava menos tempo a atividades de supervisão e planeamento, a supervisão mais próxima resultava em punições mais frequentes quando ocorriam erros. Os funcionários sujeitos a este estilo de liderança revelam menor desempenho e sentem-se desmotivados e apenas instrumentos de produção (Warrick, 1981). Em organizações em que os líderes são orientados para os colaboradores têm uma maior taxa de satisfação no trabalho, verificando-se menor absentismo e menor taxa de rotatividade, no entanto o seu desempenho tende a ser menos satisfatório do que nas organizações cuja liderança está orientada para a tarefa (Wee, Wee, & Huang, 2006).

1.2.3.3. Teorias Contingenciais

As teorias contingenciais surgem em alternativa às teorias comportamentais na medida em que se percebe o papel do contexto em que se desenrola a ação. As diversas teorias contingenciais que foram surgindo têm como ponto de partida o estilo de liderança que mais se ajusta a determinada situação. O líder assume diferentes abordagens de liderança, adaptando-se à situação

e a cada um dos colaboradores da sua equipa. Com este tipo de abordagem é crucial conhecer a organização interna e a envolvente externa em que a empresa vive nas suas múltiplas vertentes como sejam por exemplo: o contexto, a situação em concreto, as questões a colocar, o tipo de organização e a sua estrutura, a cultura da empresa, etc. Da análise destas variáveis poderá resultar que estilo, sistema ou processo de liderança se revelará como o mais adequado.

Tabela 5 – A teoria Contingencial

O líder	O comportamento do líder é influenciado pela sua experiência, conhecimento, valores, formação, confiança nos subordinados e as suas opiniões sobre como liderar
Os funcionários	As características dos liderados influenciam a escolha e eficácia do estilo de liderança, o líder deverá proporcionar liberdade e poder de escolha para os liderados possam identificar os objetivos da organização, assumir responsabilidades e desenvolvam a capacidade de tomar decisões e resolver problemas.
A organização	O clima da organização, valores, política e diretrizes, grupo de trabalho, natureza e complexidade da tarefa, pressão do tempo, caracterizam a situação dentro da qual os estilos funcionam com maior ou menor eficácia.

Fonte: Adaptado de Chiavenato (1999)

Num cenário de incertezas e mudanças frequentes é imprescindível que o líder atual identifique as situações complexas e que esteja apto a adaptar o seu estilo de liderança no sentido de criar condições para que os seus colaboradores se tornem cada vez mais autónomos e motivados. A liderança situacional ou contingencial leva ao maior sucesso da organização na medida em que promove a harmonia do clima organizacional, potencia o desempenho e a satisfação dos colaboradores (Duarte & Papa, 2011).

1.1.3.3.1. Teoria contingencial de Fiedler

A teoria contingencial de Fiedler relaciona o estilo de liderança com as características da situação, esta teoria defende que o líder pode ser orientado para a relação com os seus colaboradores ou orientado para a tarefa. Líderes orientados para a relação favorecem as relações com os colaboradores fomentando o bem-estar e a satisfação no grupo enquanto que líderes

orientados para a tarefa demonstram grande apetência para a realização de tarefas, preocupação com o cumprimento de metas e objetivos da organização (Bertocci, 2009).

No seu modelo de liderança, Fiedler identifica três variáveis que indicam se determinada situação é favorável aos líderes: 1) as suas relações pessoais com os membros da sua equipa (relações líder-membro) no qual o indivíduo pode ser prioritariamente orientado para as tarefas ou para as relações com os outros; 2) o grau de estrutura da tarefa a executar pelos membros da equipa (estrutura da tarefa) relacionado com o desempenho do grupo enquanto variável que nos pode dar informação sobre o grau de eficácia do líder; e 3) o poder e a autoridade que a sua posição fornece (poder -posição) determinada pelas relações existentes entre o líder e os seus colaboradores, pela posição de poder do líder e a forma como essa posição é percebida pelos colaboradores e pelo grau de estruturação da tarefa. Um sinal positivo em cada um destes três fatores pode garantir maior eficácia na liderança (Blanchard, Zigarmi, & Nelson, 1993). De acordo com Fiedler, a efetividade da liderança depende não só do estilo de liderança mas também do contexto em que é exercida. Com os seus estudos sobre este tema Fiedler contribuiu largamente para evidenciar a importância do contexto em que se desenrola a liderança de equipas (Liden & Antonakis, 2009).

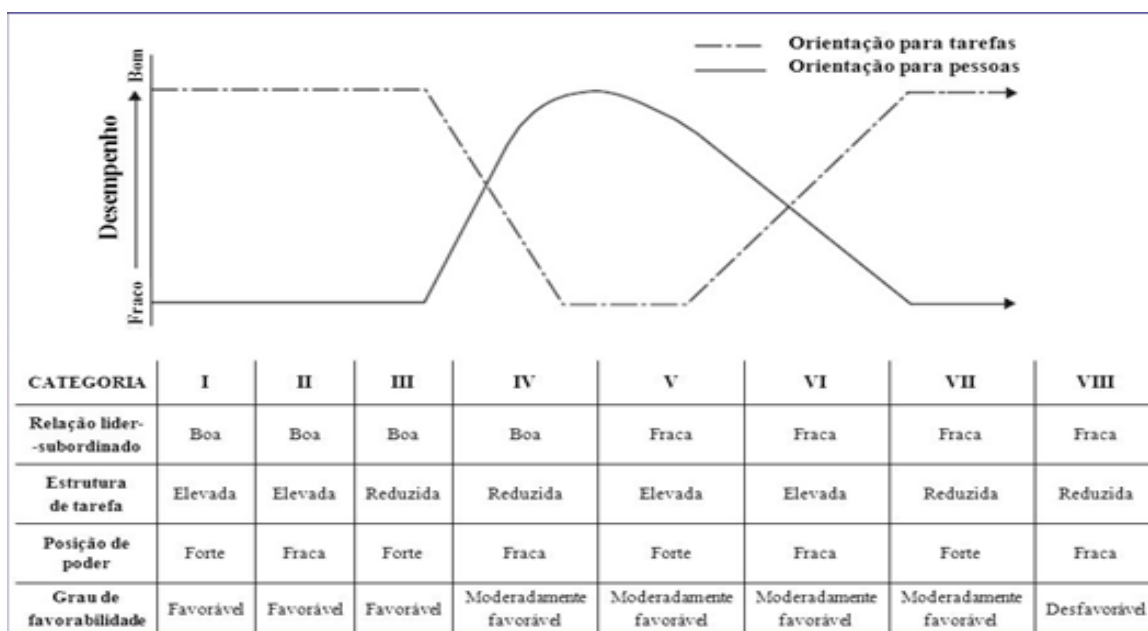


Figura 1 – Teoria Contingencial de Fiedler

Fonte: Teixeira (2005)

1.2.3.3.2. Teoria de Hersey-Blanchard

Não se podem dissociar três fatores ao falar de liderança: líderes, liderados e tarefas, são três variáveis interdependentes. O grau de complexidade da tarefa a realizar, a sua importância, o tempo disponível para a sua execução devem ser fatores a considerar na sua atribuição a uma pessoa ou grupo de acordo com o comportamento ou maturidade específica. Para isso, o papel do líder é de fundamental importância no que se refere à manutenção de um nível de maturidade ou passagem para outro (Gonçalves & Mota, 2011). O modelo de liderança situacional de Hersey e Blanchard baseia-se na relação entre a maturidade dos liderados, ou seja a aptidão para determinada tarefa e o seu nível de execução, o apoio socio emocional, a orientação e direção para a execução da tarefa por parte do líder (Gonçalves & Mota, 2011). Este modelo apresenta uma nova perspectiva ao enfatizar os aspetos comportamentais relacionados com a liderança. Os modelos de liderança anteriores descuravam o comportamento dos intervenientes no processo de gestão, concentrando-se nos valores e atitudes do líder. O líder exibe um comportamento que lhe permite obter um determinado resultado, quando ajustado a uma situação, as atitudes e valores, que são intrínsecos e por isso muito menos flexíveis. Desta forma partindo da avaliação do comportamento será possível tornar o processo de liderança mais eficiente, tornando os liderados mais efetivos (Gonçalves & Mota, 2011).

De acordo com o modelo de Hersey e Blanchard a combinação do comportamento de tarefa e de relacionamento dão origem a quatro estilos de liderança: E1- Determinar; E2- Persuadir; E3- Compartilhar; E4- Delegar. O estilo “determinar” (E1) revela-se adequado para liderados com baixa maturidade, aqueles que não têm capacidade e nem disposição para a tarefa, sendo que a falta de disposição pode estar relacionada com insegurança no desempenho da tarefa. O estilo “determinar” caracteriza-se por um comportamento de tarefa alto e baixo relacionamento. O líder direciona a tarefa mostrando como os liderados devem fazer. O estilo “persuadir” (E2) é o mais adequado para liderados com maturidade entre baixa e moderada. Neste caso, o liderado tem disposição para a tarefa, porém não tem capacidade para a executar. O líder deverá apoiar os seus colaboradores adotando comportamentos de tarefa e de relacionamento altos. O estilo “compartilhar” (E3) é o mais propício para liderados que evidenciam maturidade entre moderada e alta, o que significa que o liderado tem capacidade, porém não está motivado a cumprir as tarefas que lhe são destinadas o que pode estar relacionado

com falta de autoconfiança. O estilo “compartilhar” caracteriza-se por permitir ao liderado participar na tomada de decisão, o líder deverá agir como facilitador da comunicação, adotando comportamento de relacionamento alto e baixo de tarefa. O estilo “delegar” (E4) é o mais indicado para liderados com maturidade alta, que revelam capacidade e disposição para assumir responsabilidades. Nesse estilo, o líder exibe comportamentos de relacionamento e de tarefa baixos. Mesmo que o problema seja identificado pelo líder, cabe ao liderado a responsabilidade de desenvolver o projeto e indicar a forma de resolver os problemas que possam surgir (Andrade, Moura, & Torres, 2010).

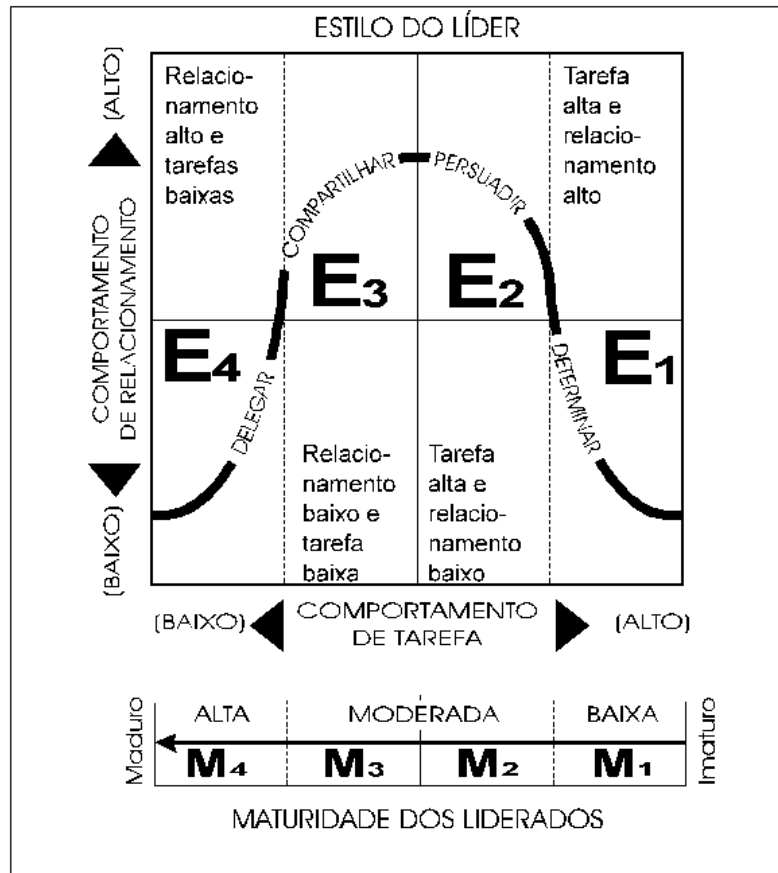


Figura 2- Teoria de Hersey e Blanchard

Fonte: Hersey e Blanchard (1986)

1.1.3.4. Teorias Contemporâneas

Os novos modelos de liderança nas organizações requerem um novo tipo de líder, o líder centrado nos aspetos humanos. Com a liderança participativa dá-se ênfase às relações, os tipos de liderança que emergem são construídas em torno dos aspetos humanos ao inverso das teorias que se centravam no controlo dos processos operacionais e patrimoniais. Este tipo de liderança, mais apropriada para as organizações modernas, não exige elementos de hierarquia e controlo rígido pois a participação de todos os elementos é indispensável para lidar com as mudanças na organização (Trapero & Lozada, 2010).

1.1.3.4.1. Liderança Transformacional

De entre estes modelos de liderança contemporânea, a teoria da liderança transformacional dominou a atenção dos investigadores da área da liderança organizacional nas três décadas passadas. Esta teoria desenvolvida por Burns em 1978 tem como premissa a capacidade do líder de motivar os seus colaboradores a atingir metas para além das que os seus colaboradores tencionavam atingir. Burns concluiu que os líderes transformacionais inspiram os seus liderados a ir além dos objetivos alinhando os objetivos dos liderados com os objetivos da organização (Burns, 1978). Vários estudos mostram que a liderança transformacional tem grande impacto na satisfação dos liderados e no seu compromisso com a organização. Segundo Bass & Stogdill (1990) líderes transformacionais dão origem a colaboradores fieis, altruístas e empenhados, que frequentemente revelam desempenhos, na organização, que ultrapassam o espectável (Givens, 2008).

A liderança transformacional baseia-se na capacidade do líder de motivar, inspirar e estimular intelectualmente os seus seguidores. O líder potencia o nível de maturidade e os ideais dos colaboradores assim como enfatiza as preocupações com o desempenho e com o bem-estar dos colaboradores, da organização e da sociedade. A influência ideológica e a liderança inspiradora concernem à visão do líder sobre o futuro, a forma como os objetivos da organização podem ser alcançados, o exemplo a seguir, demonstra a determinação e confiança do líder. O estímulo intelectual é demonstrado quando o líder apoia os colaboradores de forma a potenciar a criatividade e capacidade de inovação. Consideração individual é demonstrada quando o líder está

atento às necessidades dos seus liderados, apoia e está atento ao desenvolvimento dos seus colaboradores (Bass, 1999).

A liderança transformacional, segundo Antonakis (2006) pode ser subdividida em quatro fatores e centra as suas ações na visão, ideais e otimismo. Certos fatores podem ser mais importantes do que outros dependendo do nível hierárquico da organização. A influência que o líder exerce sobre os seus colaboradores pode ser resultado da influência que os liderados atribuem ao líder reconhecendo o seu carisma. Os colaboradores vêem o líder como modelo a seguir, cujas decisões são tomadas levando em conta as implicações morais e éticas das suas ações. O líder usando uma forma de comunicação simbólica e imaginativa transmite a visão e os objetivos da organização consegue assim persuadir os seus liderados a ver o futuro mais promissor, desta forma cria-se uma ligação emocional do líder com o grupo. Ainda segundo este autor, os líderes transformacionais têm a capacidade de inspirar e motivar os seus colaboradores a atingirem objetivos que à partida parecem inalcançáveis, transmitindo-lhes confiança e otimismo conseguem elevar as expectativas dos seus seguidores. Através da estimulação intelectual, o líder envolve os seus colaboradores no processo de resolução de problemas, motivando-os e fazendo com que se comprometam com os objetivos e metas da organização. O líder preocupa-se em desenvolver os seus colaboradores ao mais alto nível, mantendo um contacto frequente com cada um, apoiando o seu desenvolvimento e fornecendo um suporte emocional e social. Como referido por Bass (1998) a liderança transformacional direciona os colaboradores no sentido de atingirem maior sucesso, a conquista de um bem maior desviando-os do seu espaço de conforto e segurança, pelo que liderança transformacional está fortemente associada ao desempenho do líder (Antonakis, 2006).

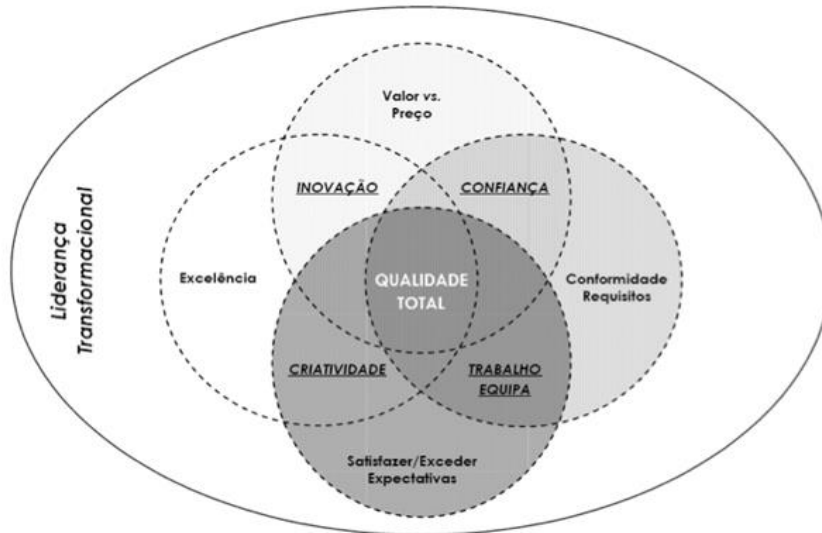


Figura 3 - Liderança Transformacional

Fonte: Correia, Mainardes, Lourenço (2010)

1.1.3.4.2. Liderança Transacional

A liderança transacional tem como base a relação de troca que se estabelece entre o líder e o colaborador, a relação contratual sobrepõe-se à relação interpessoal. Não existe a intenção de desenvolver o colaborador, apenas uma relação de poder líder-subordinado que poderá levar à recompensa ou ao castigo. O colaborador torna-se um meio do líder obter máxima eficiência e menor percentagem de erros. A este tipo de liderança está associada a criação e implementação de incentivos e sanções válidas dentro da organização. Podem ser considerados dois subtipos de gestão associados a este estilo de liderança: a gestão por exceção e a gestão baseada na recompensa contingencial (Trapero & Lozada, 2010).

A gestão por exceção pode tomar duas formas: O líder aplica medidas corretivas no fim do processo quando, através de métodos de controlo, verifica existirem desvios do produto standard, desta forma o líder adota uma **forma passiva** de gestão por exceção. No caso de o líder tomar medidas com vista a prevenir qualquer desvio do standard, estaremos perante a **forma ativa** da gestão por exceção. A forma de recompensa contingencial baseia-se na negociação entre líder e colaboradores com vista a atingir objetivos, verifica-se o uso sistemático de incentivos com o objetivo de obter um determinado comportamento por parte dos colaboradores (Trapero & Lozada, 2010).

1.1.3.4.3. Liderança autêntica

A liderança autêntica refere-se a um padrão de comportamento do líder que se baseia na promoção das capacidades psicológicas positivas e um clima positivo, baseado na ética, com a finalidade de promover uma maior autoconsciência, numa perspetiva moral e ética através do processamento de informação equilibrado e transparente, promovendo o autodesenvolvimento positivo (Walumbwa, Avolio, Gardner, Wernsing, & Peterson, 2008). O líder autêntico exhibe comportamentos que demonstram a sua autoconsciência, a sua capacidade de analisar os factos e as opiniões dos outros antes de tomar decisões, transparência nas relações com os seus colaboradores, o que permite que os seus valores éticos e morais sejam reconhecidos pelos seus liderados (Walumbwa, Wang, Wang, Schaubroeck, & Avolio, 2010)

Segundo Avolio e Gardner (2005) o líder autêntico deve demonstrar um interesse genuíno pelos colaboradores, estabelecendo com cada um deles um diálogo centrado nos aspetos positivos e demonstrando em que pontos a sua colaboração resulta numa mais-valia para a organização. Quando os empregados são convidados a participar nas decisões, a ter uma opinião acerca da forma como podem desempenhar as suas funções, a forma como o seu trabalho pode ser feito, verifica-se que se estabelece uma maior identificação com os objetivos da organização. Baseada numa relação transparente, franca, ética, justa e equilibrada, a liderança autêntica gera colaboradores mais motivados, mais responsáveis e mais conscientes do seu papel fundamental na organização.

1.2. O estudo do *Stress*

As primeiras referências ao tema *Stress* datam da década de 40 do século passado, o estudo deste tema pode ser feito através de três vertentes distintas, a vertente fisiológica, ou seja a resposta do organismo quando confrontado com situações geradoras de *stress*; a vertente psicológica que versa a avaliação individual da situação e por fim a vertente ambiental cujo foco se encontra nas causas de *stress* e vê o *stress* como estímulo (Santos, 2012). Várias teorias foram elaboradas ao longo das últimas cinco décadas em que o estudo do *Stress* tem ganho popularidade nas ciências da saúde e do comportamento. Hans Selye, na década de 30 foi o primeiro a introduzir o conceito de *Stress*, definindo-o como um Síndrome Geral de Adaptação (SGA), na qual o organismo visa recuperar o equilíbrio perdido face a certos estímulos. Esta adaptação

desenrola-se em três fases: fase de alarme que corresponde à exposição a estímulos para os quais o organismo não se encontra preparado; fase de resistência em que o organismo procura restaurar o equilíbrio e finalmente a fase de exaustão que surge quando a adaptação do indivíduo cessa face ao prolongamento do agente stressor (Melo S. , 2012). O organismo sujeito de uma forma contínua a fatores de *stress* torna-se vulnerável a doenças e lesões fisiológicas e psicológicas que podem levar à morte (Santos & Castro, 1998).

Estudos efetuados por Sarafino, citados por Santos & Castro (1998) conceptualizam *stress* de três formas distintas. Um dos conceitos centra-se no ambiente, descrevendo o *Stress* como um estímulo, ou seja a forma como as pessoas se referem à origem ou causa da sua tensão, descrevendo-a como sendo um acontecimento ou conjunto de circunstâncias. Os acontecimentos ou circunstâncias percebidos e sentidos como ameaçadores ou perigosos e que por esse motivo provocam sentimentos e situações de tensão, são denominados de *stressores* ou de acontecimentos traumáticos de vida. Os investigadores que seguiram esta conceção estudaram o impacto de uma grande variedade de acontecimentos traumáticos de vida ou stressores. A segunda linha de estudo vê o *stress* como uma resposta, centrando-se na forma como o indivíduo reage aos acontecimentos causadores de *stress*. A resposta tem duas componentes distintas que se correlacionam, a componente psicológica e a componente fisiológica. A terceira conceção sobre *stress* refere um processo em que o indivíduo pode influenciar o efeito de um acontecimento stressor através de estratégias comportamentais, cognitivas ou comportamentais.

Stress pode ser definido como a condição resultante da discrepância, que pode ser real ou não, entre as exigências de uma determinada situação e os recursos do indivíduo, ao nível biológico, psicológico ou de sistemas sociais (Santos & Castro, 1998).

1.2.1. *Stress* ocupacional

A introdução de novas tecnologias, as mudanças socioeconómicas, a globalização e as novas exigências dos mercados de trabalho têm um impacto importante no desempenho das organizações, no seu trabalho e nos seus colaboradores. As organizações precisam de se adaptar às exigências resultantes dessas mudanças constantes o que tem reflexo nas interações que se estabelecem entre o empregador e seus colaboradores. Mudanças na organização podem ter consequências na saúde e bem-estar dos funcionários e ter efeitos significativos no desempenho

da organização. Vários autores têm demonstrado interesse na análise deste fenómeno no que se refere à incidência e prevalência no universo laboral. O estudo do *stress* ocupacional tem vindo a ganhar cada vez mais importância junto da comunidade científica, analisando as suas causas e efeitos e procurando um estudo mais completo do tipo de relações que se podem estabelecer com variáveis subjetivas e objetivas do contexto profissional (Gomes & Cruz, 2006). Particularmente na área da saúde, os estudos, ainda escassos, sobre esta temática procuram compreender o impacto do *stress* ocupacional ao nível do desempenho dos profissionais de saúde. O *stress* e “burnout “ constituem uma das áreas com maior influência no bem-estar mental e físico dos profissionais desta área. O estudo efetuado por Ribeiro, Gomes & Silva (2010) reforça a necessidade de investigar de uma forma mais completa as relações entre o *stress* ocupacional e a atividade laboral dos profissionais de saúde, de forma a identificar possíveis intervenções a levar a cabo, e a implementar medidas ao nível individual e institucional que possam ter um efeito redutor do *stress* percebido por estes profissionais.

O *stress* reflete o balanço estabelecido entre as exigências que o individuo percebe e os recursos pessoais que possui para fazer face a essas exigências. Quando as exigências se sobrepõem aos recursos, o individuo pode experienciar efeitos adversos tais como ansiedade, mal-estar, falta de concentração e irritabilidade. A concentração nas tarefas e a tomada de decisões podem ser afetadas pela fadiga e pelo *stress*. As condições de trabalho, a falta de apoio por parte do chefe e dos colegas, a incerteza quanto aos objetivos e a falta de clareza em relação à responsabilidade ou as más relações na equipa de trabalho podem conduzir a situações de tensão no local de trabalho. A gestão do *stress* no local de trabalho requer a identificação dos fatores stressores assim como dos sintomas e efeitos no individuo, na equipa e na organização (Group of WHO Patient Safety, 2009).

Os profissionais de saúde são um grupo de risco, pois estão sujeitos a situações de grande exaustão emocional, têm que lidar diariamente com situações stressantes, o estudo realizado por Silva & Gomes (2009) permitiu identificar uma multiplicidade de fontes de *stress* que inclui lidar com erros, a instabilidade profissional, o excesso de trabalho, a necessidade de elaborar relatórios técnicos, horários de trabalho, remuneração auferida, falta de reconhecimento, instabilidade contratual e a carreira profissional.

No trabalho de Leite & Uva (2007), os autores identificam vários aspetos relacionados com a cultura da organização, como sejam uma comunicação deficiente, um baixo nível de suporte para a resolução de problemas e para o desenvolvimento pessoal dos colaboradores e a falta de definição de objetivos., como fatores que estão na origem do *stress* ocupacional. De uma forma mais abrangente ainda de acordo com estes autores, é possível enumerar os seguintes fatores:

- A ambiguidade de papel, que ocorre quando não existe a informação clara sobre a função;
- O conflito de papéis, tem lugar quando um trabalhador efetua tarefas que entram em conflito com os seus valores ou quando lhe é exigido exercer vários papéis incompatíveis entre si;
- Insuficiência funções, em que a organização não utiliza por completo as capacidades e/ou as competências do trabalhador;
- A responsabilidade por pessoas pode levar à exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal;
- A insegurança no trabalho, aspetos relacionados com a evolução na carreira, o sentido de injustiça em relação ao salário que auferir;
- A falta de participação na tomada de decisão relativamente ao trabalho do próprio, no que respeita ao planeamento do seu trabalho, ao controlo da sua carga de trabalho e às decisões relativamente aos problemas considerados prioritários;
- As deficientes relações interpessoais com os superiores, com os subordinados ou com os colegas podem interferir com a satisfação no trabalho e estar na origem de experiências de *stress*;
- A exposição à violência no trabalho;
- A interface casa-trabalho, a dificuldade em conciliar a vida profissional e a familiar, e a disponibilidade de horas de lazer para o próprio e para a sua família;
- O trabalho por turnos e o trabalho noturno.

Estudos epidemiológicos referem o *stress* ocupacional como a principal causa de doença associada ao trabalho. O impacto do *stress* no trabalhador, na organização e na sociedade é enorme, aumentando o risco de doenças cardiovasculares, doenças mentais e psiquiátricas, sintomas de depressão, afetando a relação do trabalhador com a sua família; a sua performance e a

taxa de absentismo afetam o desempenho da organização e ao nível da sociedade verifica-se o aumento dos custos associados à saúde (Blewett, Shaw, LaMontagne, & Dollard, 2006).

1.2.1.1. Modelos explicativos do *Stress* no local de trabalho

A investigação realizada nas últimas décadas no âmbito do bem-estar e *stress* ocupacional tem-se centrado na conceção e composição de modelos que procuram identificar um conjunto de características no contexto do local de trabalho assim como explicar o processo psicossocial que integra o bem-estar no trabalho, o *stress* e a saúde ocupacional. Não se pretendendo uma apresentação exaustiva de todos os modelos, procurou-se sistematizar de forma breve os modelos teóricos tradicionais e os mais contemporâneos.

Tabela 6 - Teorias e Modelos de *stress* ocupacional

Modelo/ Teoria	Conceitos chave
Teoria da Conservação dos Recursos	Recursos; Espirais de perda e ganhos
Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa	Norma da reciprocidade; Desequilíbrio Esforço-Recompensas
Modelo Vitamínico de WArr	Efeito constante e decréscimo Adicional; Bem-estar psicológico ou afetivo; Competência; Aspiração; Autonomia; Funcionamento integrado
Modelo Exigências-Controlo no Trabalho	Exigência; Controlo; Aprendizagem
Modelo Exigências-Recursos Laborais	Processo dual; Recursos laborais; Exigências laborais; Processo de deterioração; Processo motivacional
Modelo RED	Recursos pessoais; Exigências ameaçadoras; Exigências desafiantes

Fonte: Adaptado de Gonçalves (2013)

1.2.1.1.1. Modelos de Perdas de Recursos

Estes modelos baseiam-se em situações em que o *stress* resulta da perda de recursos pessoais ou materiais, são incluídos o Modelo Transacional de Lazarus e Folkman e a Teoria da Conservação de Recursos de Hobfoll.

No modelo Transacional de Lazarus e Folkman o *stress* é visto como o resultado do processo de avaliação cognitiva da situação com que o indivíduo se depara e o processo sequencial que incorpora a percepção da situação, a sua avaliação face aos recursos pessoais e a formulação de estratégias de Coping para lhe fazer frente. **O processo de Coping implica uma mudança** e adaptação cognitiva e comportamental de forma a gerir as exigências percebidas pelo indivíduo como excessivas em relação aos recursos que possui. Este modelo enfatiza o papel do indivíduo enquanto agente e considera que se trata de um processo individualizado que é visto como o resultado das interações entre as características pessoais e ambientais (Matthieu & Ivanoff, 2006).

O modelo desenvolvido por Steven Hobfoll denominado Modelo da conservação de recursos constitui uma alternativa ao modelo de Lazarus e Folkman, esta abordagem aponta para o facto de que o *stress* se produz quando existe ameaça de perda de recursos, os recursos se perdem realmente, ou o indivíduo não recebe os benefícios que esperava face aos recursos investidos. Os indivíduos são levados a recorrer a estratégias de conservação e ganho de recursos no sentido de se adaptar às situações com que se deparam (Gonçalves, 2013).

1.2.1.1.2. Modelos de Ajuste-Desajuste

O modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa desenvolvido por Johannes Siegrist baseia-se no princípio da reciprocidade, os esforços investidos devem corresponder às recompensas recebidas, quando esta reciprocidade não se verifica é de esperar que se produzam reações negativas e de *stress*, pelo contrário se existe a percepção de um equilíbrio entre o esforço e a recompensa o indivíduo experiencia emoções positivas que promovem a sua saúde e bem-estar. Neste modelo, verifica-se que o foco está na percepção de ajuste ou desajuste do próprio indivíduo. A percepção de esforço-recompensa pode ser afetada por dois tipos de fatores, fatores intrínsecos e fatores extrínsecos, os fatores extrínsecos dizem respeito às condições de trabalho e às recompensas, sendo que os fatores intrínsecos estão relacionados com a pessoa, dizem respeito à sua personalidade. Neste modelo as situações de *stress* são resultado de um desequilíbrio entre os esforços intrínsecos e as recompensas extrínsecas (Gonçalves, 2013).

O Modelo de *Stress* Organizacional de Michigan é considerado como um dos modelos que tem servido de base a diversas teorias. Neste modelo as características organizacionais têm influência nas situações indutoras de *stress*, conduzindo os profissionais a reações de *stress*. Considerado por diversos autores como um modelo demasiado geral (Le Blanc, De Jonge, & Schaufeli, 1999), é ainda referido como precursor da Teoria de ajustamento Pessoa-Ambiente que define *stress* como o desajuste entre as oportunidades e as ofertas do ambiente ou as competências do individuo e as exigências do ambiente. Esta teoria considera dois tipos de ajuste: ajuste entre as exigências do ambiente e as capacidades do individuo e o ajuste entre as necessidades do individuo e as ofertas do ambiente. Neste modelo é ainda considerado que o ajuste pode ser objetivo, definido como a relação entre os atributos da pessoa e do ambiente, ou tratar-se de um ajuste subjetivo que diz respeito às percepções da pessoa quanto aos seus atributos e os atributos do ambiente. Envolvendo conceitos como o de coping e o de defesa, esta teoria refere que coping está relacionado com o esforço de melhorar o ajuste individuo-ambiente objetivo e o conceito de defesa está relacionado com o ajuste individuo-ambiente subjetivo (Gonçalves, 2013).

1.2.1.1.3. Modelo Vitamínico de Warr

Considerado como um modelo integrador de variáveis que podem influenciar a saúde do trabalhador, o modelo vitamínico de Warr foi desenvolvido com vista a integrar aspetos como características ambientais que possibilitam a análise de outra perspetiva que não só as características intrínsecas ao trabalhador (Warr, 1987). De acordo com o mesmo autor a saúde mental do trabalhador possui duas componentes principais: conjunto de características ambientais (oportunidade de controlo, oportunidade para uso de habilidades, metas geradas externamente, variedade de tarefas, clareza/ transparência das informações relevantes, disponibilidade de dinheiro, segurança física, relações interpessoais, posição social), e características de bem-estar psicológico ou afetivo, competência, aspiração, autonomia e funcionamento integrado. O autor foca à sua atenção no bem-estar no trabalho, supondo que as características ambientais influenciam a saúde mental do trabalhador, recorre à analogia entre vitaminas e saúde física, facto que contribuiu para o nome do modelo. Na ingestão de vitaminas, existe um ponto a partir do qual a ingestão de certa vitamina pode manter constante a saúde ou, em excesso poderá até contribuir para a sua deterioração, com base neste conhecimento, Warr refere que no ambiente de trabalho existem características que podem funcionar como vitaminas na saúde ocupacional dos

trabalhadores. No modelo inicial foram identificadas as nove características referidas acima, foram acrescentadas recentemente três características ao modelo inicial, Liderança adequada, Perspetiva de carreira e equidade.

1.2.1.1.4. Modelos de Exigências-Recursos

Modelo Exigências-Controlo no Trabalho, Modelo exigências – recursos laborais e o Modelo RED têm um fator comum: o efeito do desequilíbrio entre as exigências laborais e os recursos e o seu impacto na saúde do trabalhador. Com uma base comum, o Modelo de Exigências-Controlo de Karasek, com a introdução de novas variáveis, têm sido desenvolvidos modelos no sentido de incrementar a sua aplicabilidade na variedade das organizações.

O modelo Exigências-Controlo combina as exigências do trabalho e a capacidade de controlo por parte do trabalhador, permitindo-lhe deste modo desenvolver as suas competências. Trata-se de um modelo bidimensional que combina as duas dimensões Controlo e Exigência laboral. Podemos encontrar quatro combinações possíveis, trabalho pouco exigente e com escasso controlo- Trabalho Passivo; Trabalho com baixa exigência e elevado controlo; Trabalho com elevada exigência e elevado controlo – Trabalho ativo; trabalho com elevada exigência e baixo controlo. De acordo com este modelo o trabalho exigente com um baixo controlo por parte do trabalhador é caracterizado por um nível elevado de *stress* enquanto um trabalho com baixa exigência e alto controlo é considerado como um trabalho de baixo *stress*. De acordo com Bernin (2002) a capacidade de controlo por parte do colaborador é determinada essencialmente pela organização, a organização possibilita ou não ao colaborador desenvolver mecanismos de controlo. Neste contexto encontramos o conceito de Latitude de decisão o nível de latitude de decisão é parte da organização, uma vez que é influenciado pelos objetivos, as estratégias e os valores da organização. Os líderes encontram-se, neste modelo, no quadrante de alto-controlo e alto nível de decisão. Estudos elaborados por Bernin e Theorell (2004) revelam que no setor da saúde, os subordinados têm níveis de exigência psicológicos semelhantes aos registados pelos seus chefes. Este modelo tem sido criticado pelo facto de ser demasiado simplista e estático, e por não incorporar o papel dos recursos individuais (Llorens, Libano, & Salanova, 2009).

O Modelo de Exigências-Recursos foi desenvolvido com base no modelo de Karasek, pretende ser um modelo mais abrangente o que segundo Demerouti e colaboradores (2001) lhe

confere uma maior aplicabilidade aos contextos organizacionais. As exigências do trabalho referem-se aos fatores físicos, psicológicos, sociais ou inerentes à organização que determinam um esforço psicológico ou físico por parte do trabalhador. Os recursos do trabalho referem-se aos aspetos que permitem reduzir os custos físicos e psicológicos associados às exigências do trabalho, e que potenciam a aprendizagem e desenvolvimento do trabalhador (Bakker & Demerouti, 2007). Segundo os mesmos autores, a premissa deste modelo refere que as características do ambiente de trabalho podem ter consequências na saúde dos indivíduos, de aplicação em qualquer área profissional. Este modelo é considerado por Llorens e colegas (2009) como exaustivo e aplicável em diferentes níveis de análise: ao nível das tarefas, ao nível social, e ao nível da organização. A segunda premissa deste modelo refere-se aos processos psicológicos intervenientes, o processo de deterioração da saúde e o processo motivacional, o primeiro ligado ao esgotamento dos recursos de energia do trabalhador levando ao *Burnout*, e o segundo levando a níveis elevados de energia, dedicação e absorção. O facto de o modelo se centrar nas características do ambiente do trabalho tem sido visto como uma limitação.

O terceiro modelo, o modelo RED, procura dar resposta às limitações apontadas aos modelos anteriores, assim, com base nos modelos anteriores uma equipa de investigadores elaboraram o modelo caracterizado por uma visão mais integral, englobando o mal-estar social, e associando o estudo de fatores de saúde positivos com as consequências na organização (Llorens, Libano, & Salanova, 2009). Este modelo assenta na premissa de que a saúde psicossocial é determinada pelas exigências e recursos laborais e também pelos recursos pessoais do trabalhador. Neste modelo é introduzido um conceito chave que diz respeito aos recursos pessoais, quer a nível individual quer grupal. Tal como no modelo Exigências-Recursos existem dois processos psicológicos, o processo espiral de deterioração e o processo espiral motivacional, através dos quais se relacionam os recursos e as exigências laborais e os recursos pessoais do trabalhador. O processo de deterioração resulta da avaliação por parte do trabalhador do ambiente laboral e a crença de que não consegue controlar o seu ambiente de forma efetiva o que irá levar à perceção de exigências ameaçadoras e falta de recursos laborais. Esta situação leva a que o individuo experiencie maiores níveis de mal-estar e ao longo do tempo surgem consequências organizacionais negativas designadamente pior desempenho e perda de qualidade de trabalho. Pelo contrário, no caso de o individuo percecionar exigências mais desafiantes e mais recursos

laborais e pessoais para controlar o ambiente laboral, pode sentir um incremento do nível de bem-estar e conseqüentemente melhor desempenho na organização. Este modelo parte do pressuposto que os recursos pessoais desempenham um papel preditor das espirais de deterioração ou motivacionais, afetando a percepção do ambiente, as emoções dos trabalhadores e as conseqüências na organização (Llorens, Libano, & Salanova, 2009).

1.3 Liderança e *stress*

O trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, nomeadamente o desenvolvido em ambiente hospitalar, foca-se fundamentalmente na prestação de cuidados aos utentes, descurando muitas vezes as condições em que estes profissionais trabalham, contribuindo para a existência de um ambiente propício para desencadear situações de *stress* e de fadiga mental e física. O trabalho destes profissionais é desenvolvido em circunstâncias stressantes, o tipo de trabalho realizado, o horário, a quantidade de trabalho, seja pela sobrecarga ou pela escassez de tarefas atribuídas ao trabalhador, as relações com os colegas e o papel no grupo, a relação com o chefe e as relações com os doentes são fatores de relevo a considerar quando se avalia as condições indutoras de tensão e *stress* no local de trabalho.

O líder pode ser descrito como a pessoa que possui as ferramentas para criar e alterar a cultura e estrutura na organização, a relação que se estabelece entre líderes e subordinados influencia o estado de saúde de ambos, com particular relevância no nível de *stress* (Nyberg, Bernin, & Theorell, 2005). A liderança empenhada na saúde e bem-estar dos trabalhadores e no desenvolvimento de intervenções com vista à otimização de práticas de gestão de recursos humanos são referidos por Schabraq (2003) como aspetos determinantes na prevenção do *stress* no trabalho.

Certos comportamentos adotados pelo líder podem reduzir as incertezas dos seus colaboradores, Bass & Riggio (2006) defendem que componentes de reforço positivo, característicos da liderança transacional, permitem que o líder esclareça aos liderados o que precisa ser realizado, quais são as expectativas de desempenho e as conseqüências decorrentes do alcance dos objetivos. Segundo os mesmos autores, em situações de maior exigência, situações de crise que exigem decisões rápidas, os liderados desejam um líder mais incisivo, é também nestas circunstâncias que os liderados manifestam uma maior aceitação da influência da liderança. Bass (1990) considera que o líder

Laissez-faire não orienta os seus subordinados, a falta de definição de objetivos pode gerar incertezas que são potenciais fatores de *stress*.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

2.1 Modelo da Investigação

O modelo de investigação foi elaborado com o intuito de representar as relações entre as dimensões da liderança (Visão, Inspiração, Instrução técnica, Respeito pessoal, Apoio pessoal, “Feedback” positivo, “Feedback” negativo, Gestão ativa e Gestão passiva) e o *stress*, assim como verificar se as variáveis sociodemográficas como género, idade, a profissão que exercem, o tempo que exercem a sua atividade profissional na Instituição, têm influência no nível de *stress* dos trabalhadores do Serviço em que o estudo foi realizado.

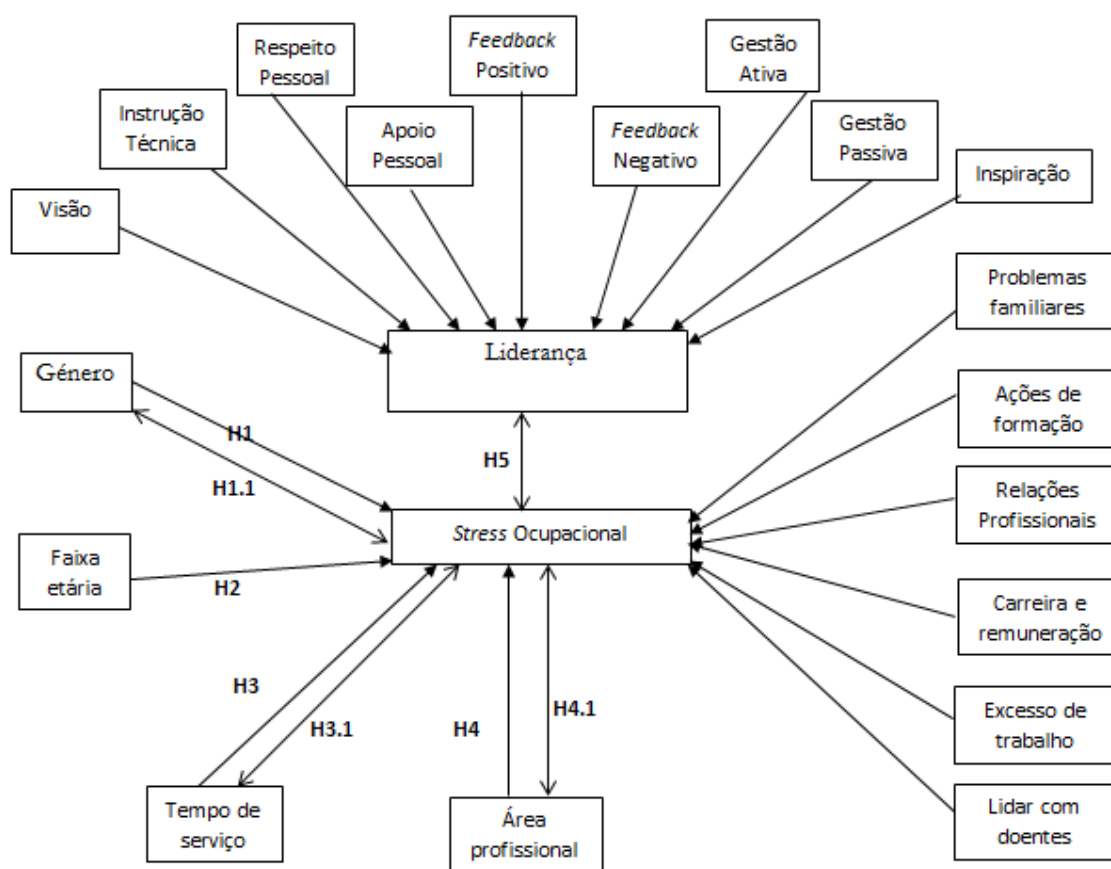


Figura 3 - Modelo de Investigação

Fonte : Elaborado pela autora

2.2 Formulação de Hipóteses

A hipótese é uma afirmação possível para as questões que a investigação procura dar resposta. O processo de pesquisa foca-se na procura de evidências que comprovem ou refutem a hipótese. As hipóteses pensadas para esta investigação foram as seguintes:

H1: As mulheres e os homens diferem no que concerne ao nível de *stress* no trabalho.

H1.1: As fontes de *stress* são diferentes no grupo feminino e no grupo masculino.

H2: Existem diferenças no nível de stress quanto á faixa etária dos participantes no estudo.

H3: Existem diferenças entre o nível de *stress* dos funcionários que trabalham há mais de 15 anos na instituição e aqueles que trabalham na instituição há menos tempo.

H3.1: Os fatores indutores de *stress* diferem nos dois grupos

H4: Existem diferenças no nível de *stress* nas diversas áreas profissionais

H4.1: Existem diferentes fontes de *stress* nas diversas áreas profissionais

H5: É possível estabelecer relações entre as dimensões da liderança e o *stress* ocupacional nos funcionários do Serviço de Radioterapia do IPO do Porto.

2.3 Tipo de estudo

Para a realização deste trabalho foi proposto um estudo de carater não experimental, descritivo e transversal. Foi solicitado aos intervenientes no estudo que respondessem a um conjunto de instrumentos destinados a avaliar as variáveis em estudo, composto por questionários de questões fechadas previamente estabelecidas e codificadas, o que possibilita a recolha e processamento dos dados de uma forma rápida e simplificada.

2.4 Instrumentos utilizados

2.4.1. Questionário sociodemográfico

Este instrumento desenvolvido para efeitos do presente trabalho, visa obter informações acerca da idade e sexo, estado civil, número de filhos, bem como dados relativos à formação académica, às características e condições gerais de trabalho como: atividade profissional desenvolvida, situação contratual, experiência profissional, e horas de trabalho por semana. Pretendeu-se com este questionário caracterizar os participantes para que a informação obtida se possa relacionar com os restantes dados do estudo.

2.4.2. Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde (QSPS)

Este instrumento foi desenvolvido a partir dos trabalhos originais de Gomes (1998) e Gomes, Cruz & Cabanelas (2009) realizados com profissionais de diferentes domínios (e.g., psicólogos, médicos, enfermeiros). É constituído por 25 itens que avaliam as potenciais fontes de *stress* no exercício da atividade profissional dos profissionais da saúde (independentemente do contexto, área e/ou domínio de atividade). Este instrumento compreende duas partes distintas, numa fase inicial é proposta a avaliação do nível global de *stress* experienciado na atividade laboral, numa segunda fase são avaliadas as potenciais fontes de *stress* no exercício da atividade dos profissionais de saúde (Gomes, Cabanelas, Macedo, & Pinheiro, 2009). É proposto aos profissionais a avaliação do nível global de ***stress*** que experienciam na sua atividade, através de um único item (0 = Nenhum *stress*; 2 = Moderado *stress*; 4 = Elevado *stress*). Na segunda secção, são indicados 25 itens relativos às potenciais fontes de *stress* associados à atividade profissional. Os itens distribuem-se por seis subescalas, sendo respondidos numa escala de Likert de cinco pontos (0 = Nenhum *stress*; 2 = Moderado *stress*; 4 = Elevado *stress*). A pontuação é obtida através da soma dos itens de cada dimensão, dividindo-se depois os valores encontrados pelo total de itens da subescala respetiva. Assim sendo, valores mais elevados significam maior perceção de *stress* em cada um dos domínios avaliados.

Tabela 7 - Dimensões e itens do QSPS

Dimensões	Itens
Lidar com doentes (4 itens)	1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os meus doentes
	8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os doentes esperam de mim
	14. Gerir problemas graves dos meus clientes
	20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes
Excesso de trabalho (4 itens)	4. Trabalhar muitas horas seguidas
	12. O excesso de trabalho relacionado com tarefas de caráter burocrático
	16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais
	22. A sobrecarga ou excesso de trabalho
Carreira/remuneração (5 itens)	3. A falta de perspetivas de desenvolvimento na carreira
	10. Falta de possibilidades de progressão na carreira
	13. Receber um salário baixo
	17. Viver com os recursos financeiros de que disponho
Relações profissionais (5 itens)	23. Salário inadequado/insuficiente
	2. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho
	7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores
	9. O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho
	15. Os conflitos interpessoais com outros colegas
Ações de formação (3 itens)	21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho
	6. Falar ou fazer apresentações em público
	18. Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho
Problemas Familiares (4 itens)	24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade
	5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares devido às minhas responsabilidades profissionais
	11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou pessoal
	19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)
	25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex.: cônjuge, filhos, amigos, etc.)

Fonte: Adaptado de Gomes (1998)

2.4.3. Escala Multidimensional de Liderança nas Organizações (EMLO)

Este instrumento teve a sua origem na Escala Multidimensional de Liderança no Desporto (EMLD) (Gomes & Resende, 2014) desenvolvida por Gomes & Cruz (2006), que se trata de um instrumento de avaliação dos estilos de liderança de treinadores. Com o objetivo de adequar esta escala às organizações foram alteradas as questões, os autores substituíram os termos “treino” e “rendimento” da EMLD para o termo “trabalho” na EMLO, mantendo a sua estrutura original, esta versão final adaptada a contextos organizacionais é constituída por 36 itens, distribuídos por nove dimensões dos comportamentos do líder. O instrumento pode ser preenchido em duas

versões, sendo que uma avalia a percepção dos membros da organização acerca dos comportamentos dos respetivos responsáveis/chefes (versão para os colaboradores) sendo a outra destinada a avaliar a percepção dos responsáveis/chefes acerca dos seus próprios comportamentos (versão para o responsável/chefe) No âmbito deste trabalho será apenas utilizada a versão destinada a avaliar o comportamento dos chefes/responsáveis e a forma como este comportamento é avaliado pelos seus colaboradores. Todos os itens são respondidos numa escala de Likert de cinco pontos (1 = Nunca; 5 = Sempre). A pontuação é obtida através da soma dos itens de cada subescala, dividindo-se o valor final pelo número de itens que compõem cada dimensão. Valores mais elevados em cada subescala significam maior frequência de comportamentos do líder no aspeto em causa.

Tabela 8 - Dimensões e itens da EMLO

Dimensões	Itens
Visão (4 itens)	3. Fala de forma otimista sobre o meu futuro
	12. Promove uma visão positiva de futuro para mim
	24. Demonstra otimismo quanto ao meu futuro
	30. Aponta um futuro interessante para mim
Instrução técnica (4 itens)	11. Explica-me o que devo e não devo fazer
	19. Dá importância a métodos/formas de trabalho bem estruturados
	28. Diz-me aquilo que devo fazer e como devo fazer
	33. Quando me chama a atenção, dá-me exemplos sobre como corrigir a situação
Respeito pessoal (4 itens)	6. Respeita-me como pessoa
	20. Demonstra respeito pelos meus sentimentos pessoais
	32. Comporta-se de modo a respeitar as minhas necessidades pessoais
	36. Trata-me com respeito
Apoio Pessoal (4 itens)	2. Ajuda-me quando tenho um problema pessoal
	23. Exprime a sua consideração/apoio quando tenho um problema pessoal
	31. Encoraja-me a falar dos meus problemas pessoais
	35. Procura ter um relacionamento informal comigo quando tenho um problema
Feedback Positivo (4 itens)	5. Felicita-me quando trabalho bem ou tenho um bom rendimento
	8. Dá-me os parabéns quando faço um trabalho muito bom
	14. Faz com que eu seja recompensado(a) pelo meu bom trabalho
	18. Exprime a sua satisfação quando trabalho bem
Feedback Negativo (4 itens)	4. Usa castigos e punições quando falho ou faço asneiras
	9. Utiliza punições e castigos quando trabalho mal ou tenho pouco rendimento
	15. Fica irritado quando faço um mau trabalho ou não tenho um bom rendimento
	26. Fica irritado comigo quando não faço as coisas como planeado

Gestão ativa de poder (4 itens)	13. Pede a minha opinião sobre assuntos importantes relacionados com o trabalho
	17. Deixa-me participar nas decisões a tomar
	21. Encoraja-me a dar sugestões acerca do modo de realizar o trabalho
	34. Troca opiniões comigo quando tem de resolver um problema
Gestão passiva de poder (4 itens)	10. Adia a resolução de questões importantes
	16. Espera que as coisas fiquem erradas antes de fazer algo
	22. É um defensor da ideia “deixa para amanhã o que podes fazer hoje
	29. Deixa que os problemas se prolonguem antes de fazer alguma coisa
Inspiração (4 itens)	1. Encoraja-me a trabalhar com o máximo de qualidade
	7. Formula objetivos desafiantes para mim
	25. Promove em mim o desejo de sucesso e de melhorar
	27. Promove a vontade de me esforçar cada vez mais

2.5 População e Amostra

A população em estudo é constituída por profissionais das várias áreas que exercem as suas funções no Serviço de Radioterapia do IPO do Porto. No serviço de Radioterapia e de Física do IPO do Porto trabalham cerca de 125 Profissionais dos quais 23 são médicos, 57 técnicos de Radioterapia, 13 físicos, 8 enfermeiros, 18 auxiliares de ação médica e 6 administrativos. A amostra desta investigação é não probabilística e de conveniência, é constituída pelos profissionais que trabalham no respetivo Serviço que responderam corretamente aos questionários disponibilizados.

2.6 Procedimento de recolha de dados

Esta investigação iniciou-se com um pedido de autorização à Direção do Serviço de Radioterapia e á direção da Escola Portuguesa de Oncologia, como consta no Anexo I. Juntamente com o pedido de autorização foi enviado uma descrição do projeto onde foram explicados os objetivos do estudo e os procedimentos a utilizar na recolha, análise e divulgação dos dados. Após ter obtido a autorização formal da investigação, iniciou-se o trabalho de recolha de dados propriamente dito, contactando os responsáveis por cada área profissional e dando conhecimento de que iria efetuar a recolha dos respetivos dados e estabelecendo um momento para o seu início. A recolha de dados foi efetuada entre os meses de junho e julho de 2015 tendo sido apenas considerados válidos os questionários cujos itens foram plenamente assinalados. De modo a garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, foram fornecidos

envelopes aos participantes no estudo, no qual, cada participante introduziu o questionário devidamente preenchido, que após ser devidamente fechado foi devolvido à investigadora. Os questionários recebidos e os dados neles constantes foram tratados estatisticamente de forma a garantir a confidencialidade dos dados recolhidos.

2.7 Tratamento de dados

Para o tratamento de dados das questões fechadas, uma vez que este estudo é quantitativo, foi utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences-SPSS, versão 21 para Windows, para analisar os dados. O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). A análise exploratória de dados incidiu sobre as frequências absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e sobre a média (M), o desvio-padrão (DP) e os valores mínimo (Min) e máximo (Max) para as variáveis quantitativas.

Dado que a amostra ($n=89$) é elevada ($n > 30$), assegura-se a normalidade para todos os itens, através do Teorema do Limite Central que determina que se o tamanho da amostra for suficientemente grande a distribuição da média amostral será normal, qualquer que seja a forma da distribuição da população (Maroco, 2011). O estudo da normalidade das variáveis dentro dos grupos analisados foi realizado através do teste de simetria e curtose. Nas variáveis com distribuição normal, a homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de *Levene*. A comparação entre grupos foi efetuada através de testes paramétricos, teste *t* de *Student* e coeficiente de correlação de *Pearson* quando nos grupos a variável/dimensão em comparação apresentava distribuição normal, e com recurso a testes não paramétricos, teste *Mann-Whitney*, teste de *Kruskal Wallis*, e coeficiente de correlação de *Spearman* quando pelo menos um grupo não apresentava distribuição normal na variável/dimensão em estudo (Maroco, 2011). De acordo o mesmo autor coeficiente de correlação *r* pode variar entre -1 e 1, sendo que, quanto mais próximo estiver de zero menor será a correlação entre as variáveis. Sugerem ainda que valores de *r* menores que 0,2 refletem uma correlação muito baixa, valores compreendidos entre 0,2 e 0,39 refletem baixa correlação, entre 0,4 e 0,69 refletem uma correlação moderada, entre 0,7 e 0,89 refletem uma correlação alta e entre 0,9 e 1 refletem uma correlação muito alta.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

3.1. Análise Exploratória de dados

3.1.1. Caracterização da Amostra

Com o intuito de recolher os dados necessários para realizar o estudo proposto foram distribuídos 115 questionários aos funcionários do Serviço de Radioterapia e Física médica, destes 89 (77,4%) foram respondidos corretamente, 7 foram rejeitados porque não continham todas as respostas e os restantes não foram devolvidos.

A amostra recolhida é constituída, como demonstrado na tabela 9, por 23 participantes do sexo masculino, e 66 participantes do sexo feminino, o que corresponde a 25.8% e 74.2% respetivamente. No que respeita à faixa etária dos participantes verifica-se que 31 (34.8%) têm entre 20-30 anos, 27 (30.3%) têm entre 31-40 anos, 21 (23.6%) têm entre 41-50 anos e apenas 10 (11.2%) possuem idade entre 51-60 anos. No que concerne ao nível de escolaridade verifica-se que 75 (84.5%) participantes do estudo possuem habilitações literárias de nível superior, 10 (11.2%) dos participantes possuem o Ensino Secundário, 2 (2.2%) possuem o 3º Ciclo do Ensino Básico, assim como são 2 (2.2%) participantes que possuem habilitações ao nível do 1º Ciclo do Ensino Básico, regista-se não existirem participantes com habilitações ao nível do 2º Ciclo do Ensino Básico. Na amostra de 89 participantes, 35 (39.3%) são solteiros, 42 (47.2%) são casados, existem 6 (6.7%) divorciados, 1 (1.1%) viúvo, e 5 (5.6%) participantes em união de facto. Da observação da tabela 9 verifica-se que 13 (14.6%) participantes são médicos, 43 (48.3%) são técnicos de radioterapia, 11 (12.4%) são físicos, 7 (7.9%) são enfermeiros, 11 (12.4%) auxiliares de ação médica e 4 (4.5%) administrativos. No respeitante ao horário de trabalho semanal dos participantes 26 (29.2%) têm horário de 35 horas semanais, 57 (64%) têm horário de 40 horas semanais e 6 (6.7%) participantes trabalham mais do que 40 horas semanais. Dos 89 participantes do estudo 25 (28.1%) possuem Contrato de Trabalho em Funções Públicas (CTFP), 59 (66.3%) possuem Contrato Individual de Trabalho sem Termo (CIT s/ termo), 2 (2.2%) possuem Contrato Individual de Trabalho com termo (CIT c/ termo) e 3 (3.4%) possuem contrato de Prestação de Serviços. No que concerne aos anos de exercício da profissão, 30 (33.7%) exerce a profissão há menos de 5 anos, 23 (25.8%) dos participantes exerce a profissão há mais de 6 anos e menos de 10 anos, entre 11 e 15 anos de exercício da profissão temos 9 (10.1%) participantes,

entre 16 e 20 anos de exercício de profissão encontramos 8 (9%) participantes e profissionais com mais de 20 anos de serviço temos 19 que correspondem a 21.3% dos participantes.

Tabela 9 - Variáveis Sociodemográficas

Variável	N	%	
Género	Masculino	23	25,8
	Feminino	66	74,2
Faixa etária	Entre 20-30 anos	31	34,8
	Entre 31-40 anos	27	30,3
	Entre 41 e 50 anos	21	23,6
	Entre 51 e 60 anos	10	11,2
Habilitações literárias	1º Ciclo do Ensino Básico (1º-4ºano)	2	2,2
	2º Ciclo do Ensino Básico (5º-6ºano)	0	0
	3º Ciclo do Ensino Básico (7º-9ºano)	2	2,2
	Ensino Secundário (10º-12ºano)	10	11,2
	Ensino Superior	75	84,3
Estado civil	Solteiro	35	39,3
	Casado	42	47,2
	Divorciado	6	6,7
	Viúvo	1	1,1
	União de Facto	5	5,6
Profissão	Médico	13	14,6
	Técnico de Radioterapia	43	48,3
	Físico	11	12,4
	Enfermeiro	7	7,9
	Auxiliar de ação médica	11	12,4
Horário de trabalho semanal	Administrativo	4	4,5
	35h semanais	26	29,2
	40h semanais	57	64
	>40h semanais	6	6,7
Situação contratual	CTFP	25	28,1
	CIT s/ Termo	59	66,3
	CIT c/ Termo	2	2,2
	Prestação de Serviços	3	3,4
Anos que exerce a profissão	<= 5 Anos	30	33,7
	Entre 6 e 10 Anos	23	25,8
	Entre 11 e 15 Anos	9	10,1
	Entre 16 e 20 Anos	8	9
	> 20 Anos	19	21,3

3.1.2. Características Psicométricas na Amostra em Estudo quanto ao QSPS

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do QSPS nesta amostra utilizou-se o alfa de Cronbach (α), verificou-se que a consistência interna deste instrumento na amostra total é boa com $\alpha=0,888$. Relativamente à consistência interna de cada dimensão da escala verifica-se que a dimensão Carreira e remuneração apresenta uma consistência interna boa, e as restantes dimensões da escala apresentam uma consistência interna razoável, tabela 10 (Maroco, 2011).

Tabela 10 - Consistência interna das dimensões da QSPS

Dimensões	Alfa de Cronbach
<i>Stress</i> (25 itens)	0.888
Lidar com clientes (4 itens)	0,707
Excesso de trabalho (4 itens)	0,760
Carreira e remuneração (4 itens)	0,826
Relações profissionais (4 itens)	0,698
Ações de formação (3 itens)	0,794
Problemas familiares (4 itens)	0,769

A análise da tabela 11 demonstra-nos que não existem itens que, caso fossem eliminados aumentariam o valor do Alfa de Cronbach. O item 1, caso fosse eliminado, o valor global da escala manter-se-ia, pelo que optamos por o manter na escala.

Tabela 11 - Coeficiente de correlação de Pearson de cada um dos itens com o valor global da QSPS

Item	Escala se o item for apagado	Variância da escala se o item for apagado	Correlação corrigida Item-Total	Alfa de Cronbach se o Item for apagado
1	53,58	200,746	0,271	0,888
2	54,49	195,571	0,410	0,885
3	53,80	193,640	0,529	0,882
4	54,30	193,577	0,458	0,884
5	54,88	189,632	0,583	0,880
6	54,24	195,523	0,408	0,885
7	54,97	200,260	0,361	0,886
8	54,25	195,620	0,409	0,885
9	54,91	198,469	0,354	0,886
10	53,82	195,467	0,490	0,883
11	55,26	191,217	0,515	0,882

12	54,47	190,411	0,554	0,881
13	53,56	196,749	0,459	0,884
14	54,04	195,634	0,482	0,883
15	54,52	192,843	0,559	0,881
16	54,20	194,254	0,499	0,883
17	54,29	193,459	0,498	0,883
18	54,91	195,196	0,400	0,885
19	55,66	194,658	0,494	0,883
20	54,11	197,283	0,392	0,885
21	54,16	195,316	0,468	0,883
22	54,15	192,058	0,587	0,888
23	53,58	197,700	0,435	0,884
24	54,75	194,893	0,435	0,884
25	54,73	194,086	0,498	0,883

Na tabela 12 são apresentados os valores das frequências absolutas da escala QSPS para cada item. Os 36 itens que compõem esta escala, avaliados por uma escala de Likert, classificada entre 0 e 4 pontos, oito itens apresentam média inferior a dois pontos, os restantes itens apresentam média superior a 2 pontos.

Tabela 12 – Frequências observadas na QSPS (n= 89)

Itens	0	1	2	3	4	M	Dp
1. Tomar decisões que podem ter consequências graves para os meus doentes	5	2	16	25	41	3,07	1,116
2. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho	8	18	29	20	14	2,16	1,186
3. A falta de perspetivas de desenvolvimento na carreira	4	4	22	30	29	2,85	1,072
4. Trabalhar muitas horas seguidas	8	12	29	21	19	2,35	1,216
5. Problemas interpessoais devido às responsabilidades profissionais	16	22	24	20	7	1,78	1,213
6. Falar ou fazer apresentações em público	6	13	29	20	21	2,42	1,195
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores	9	28	35	16	1	1,69	,924
8. Não ser capaz de corresponder àquilo que os doentes esperam de mim	7	13	23	29	17	2,40	1,184
9. O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho	12	25	32	14	6	1,74	1,093
10. Falta de possibilidades de progressão na carreira	0	12	19	30	28	2,83	1,025

11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou pessoal	29	18	27	8	7	1,39	1,249
12. O excesso de trabalho relacionado com tarefas de caráter burocrático	9	18	24	24	14	2,18	1,221
13. Receber um salário baixo	0	8	16	25	40	3,09	,996
14. Gerir problemas graves dos meus clientes	4	8	23	38	16	2,61	1,029
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas	7	15	35	23	9	2,13	1,068
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	3	15	27	27	17	2,45	1,087
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho	3	21	23	25	17	2,36	1,141
18. Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho	19	16	32	13	9	1,74	1,239
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)	40	20	20	8	1	0,99	1,071
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus doentes	6	9	20	39	15	2,54	1,098
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	5	9	28	31	16	2,49	1,078
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho	1	16	29	23	20	2,51	1,067
23. Salário inadequado insuficiente	0	6	21	23	39	3,07	,975
24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade	13	18	32	17	9	1,90	1,178
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas	12	15	36	20	6	1,92	1,100

Legenda: 0 -Nenhum *stress*; 1- Pouco *stress*; 2 –Moderado *stress*; 3 – Bastante *stress*; 4 –Elevado *stress*;
M –média ; DP – Desvio padrão.

Na tabela 13 são apresentados os valores da estatística descritiva das dimensões do *stress*. Pode-se verificar que nos valores observados os valores mínimos são superiores aos valores teóricos nas dimensões Excesso de trabalho e Carreira e Remuneração. Quanto aos valores máximos observados estão de acordo com os valores teóricos, registando-se apenas diferença na dimensão Relações profissionais que regista uma diferença de 2 valores em relação ao valor teórico. Quanto às médias observadas, as dimensões Lidar com doentes, Excesso de trabalho, Carreira e remuneração, registam média superior à média teórica, a dimensão Problemas familiares, nesta amostra regista uma média inferior à média teórica, nas restantes dimensões da escala verifica-se que as médias observadas estão em sintonia com as médias teóricas.

Tabela 13 - Estatística descritiva das dimensões da escala QSPS

	Valores Teóricos			Valores Observados					
	Min	Max	Média	Min	Max	Média	DP	Z score Min	Z score Max
1. Lidar com doentes	0	16	8	0	16	10,62	3,24	-3,28	1,66
2. Excesso de trabalho	0	16	8	2	16	9,48	3,51	-2,13	1,86
3. Carreira/ remuneração	0	20	10	5	20	13,13	3,68	-2,21	1,87
4. Relações profissionais	0	20	10	0	18	10,21	3,61	-2,83	2,16
5. Ações de formação	0	12	6	0	12	6,06	3,04	-1,99	1,96
6. Problemas Familiares	0	16	8	0	16	6,08	3,57	-1,70	2,78

Na tabela 14 apresentam-se os resultados médios do *stress* ocupacional global (M=2,3,DP=0,58) assim como das subescalas, convertidos na escala de Likert. Pela observação da tabela pode-se verificar que os constituintes da amostra registam um nível médio de *Stress* Moderado (2). As dimensões Lidar com doentes e Carreira/ remuneração registam um nível médio de *stress* próximo do 3 – Bastante *stress*.

Tabela 14 - Nível médio de Stress Ocupacional

	N	Média	Desvio Padrão	N <M (%)
<i>Stress</i>	89	2,3	0,58	
1. Lidar com doentes	89	2,7	0,81	
2. Excesso de trabalho	89	2,4	0,88	
3. Carreira/ remuneração	89	2,8	0,80	49 (55%)
4. Relações profissionais	89	2,0	0,72	
5. Ações de formação	89	2,0	1,01	
6. Problemas Familiares	89	1,5	0,89	

3.1.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo quanto à EMLO

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas da EMLO nesta amostra utilizou-se o alfa de Cronbach (α), verifica-se que a consistência interna deste instrumento na amostra total é Boa com o valor do alfa de Cronbach de 0,892. Relativamente à consistência

interna de cada dimensão para a amostra foram obtidos os valores que constam na tabela 15, na dimensão Visão e Feedback Positivo a consistência interna é boa ($\alpha=0,881$ e $\alpha=0,821$ respetivamente), nas dimensões Respeito Pessoal ($\alpha=0,796$), Apoio pessoal ($\alpha=0,709$), Feedback Negativo ($\alpha=0,750$), Gestão ativa de poder ($\alpha=0,781$) E Inspiração ($\alpha=0,788$), Regista-se consistência interna do instrumento razoável. As dimensões Gestão passiva de poder e Instrução técnica apresentam uma consistência interna fraca com um alfa de Cronbach de 0,637 e 0,687 respetivamente (Maroco, 2011).

Tabela 15 -Consistência Interna das dimensões da EMLO

Dimensões	Alfa de Cronbach
Liderança (36 itens)	0,892
Visão (4 itens)	0,881
Instrução técnica (4 itens)	0,687
Respeito Pessoal (4 itens)	0,796
Apoio Pessoal (4 itens)	0,709
Feedback Positivo (4 itens)	0,821
Feedback Negativo (4 itens)	0,750
Gestão ativa (4 itens)	0,781
Gestão passiva (4 itens)	0,637
Inspiração (4 itens)	0,788

A tabela 16 demonstra que se eliminasse os itens 4,9,10,15,16,22,26,29 o alfa de Cronbach seria mais elevado, no entanto optou-se por manter estes itens pois, do ponto de vista teórico estes itens revelavam-se importantes para a avaliação das respectivas dimensões.

Tabela 16- Coeficiente de correlação de Pearson para cada item da escala EMLO

Item	Escala se o item for apagado	Variância da escala se o item for apagado	Correlação corrigida Item-Total	Alfa de Cronbach se o Item for apagado
1	105,01	231,761	,394	0,890
2	105,33	224,131	,507	0,888
3	106,08	225,391	,512	0,888
4	107,93	245,291	-,164	0,896
5	106,02	224,659	,520	0,888
6	104,53	237,207	,289	0,891
7	105,97	222,056	,629	0,886
8	106,20	223,936	,559	0,887
9	107,88	242,087	-,003	0,895
10	107,16	242,202	-,025	0,898
11	105,47	227,116	,513	0,888
12	106,10	223,046	,634	0,886
13	106,00	229,636	,391	0,890
14	106,52	219,434	,642	0,885
15	107,80	242,572	-,025	0,895
16	107,84	244,839	-,128	0,897
17	105,96	223,703	,579	0,886
18	106,00	220,682	,674	0,885
19	105,16	233,998	,323	0,891
20	105,03	226,874	,542	0,887
21	105,47	224,025	,618	0,886
22	107,90	241,319	,051	0,894
23	105,44	221,658	,583	0,886
24	106,28	225,977	,559	0,887
25	105,79	224,283	,616	0,886
26	107,20	241,959	-,012	0,897
27	105,81	223,793	,627	0,886
28	105,79	224,943	,540	0,887
29	107,64	240,801	,051	0,894
30	106,35	221,184	,662	0,885
31	107,01	226,011	,445	0,889
32	105,30	226,850	,480	0,888
33	105,56	228,272	,442	0,889
34	106,02	224,886	,530	0,887
35	106,11	231,942	,251	0,893
36	104,43	238,725	,201	0,892

A tabela 17 apresenta as frequências absolutas da escala EMLO de cada item. São também apresentadas as médias e desvios padrão para cada item da Escala. Os itens com média mais elevada são: 1. Encoraja-me a trabalhar com o máximo de qualidade, 6. Respeita-me como pessoa, 20. Demonstra respeito pelos meus sentimentos pessoais e 36. Trata-me com respeito, situando-se acima dos 4 pontos, o que significa que frequentemente os colaboradores se sentem apoiados e respeitados pelo líder. Os itens que dizem respeito às dimensões Feedback negativo e Gestão passiva registam médias inferiores a 2 valores, revelando que raramente os líderes recorrem a punições e adiam as questões que consideram importantes.

Tabela 17- Frequências observadas na EMLO (n= 89)

Itens	1	2	3	4	5	M	Dp
1. Encoraja-me a trabalhar com o máximo de qualidade	1	1	15	35	37	4,19	0,838
2. Ajuda-me quando tenho um problema pessoal	4	5	23	23	34	3,88	1,126
3. Fala de forma otimista sobre o meu futuro	8	14	31	31	5	3,12	1,043
4. Usa castigos e punições quando falho ou faço asneiras	72	11	5	1	0	1,27	0,617
5. Felicita-me quando trabalho bem ou tenho um bom rendimento	6	17	30	27	9	3,18	1,072
6. Respeita-me como pessoa	0	0	4	21	64	4,67	0,560
7. Formula objetivos desafiantes para mim	6	15	26	36	6	3,24	1,034
8. Dá-me os parabéns quando faço um trabalho muito bom	8	20	29	28	4	3,00	1,044
9. Utiliza punições e castigos quando trabalho mal ou tenho pouco rendimento	69	13	5	2	0	1,33	0,687
10. Adia resolver questões importantes	34	28	18	7	2	2,04	1,054
11. Explica-me o que devo e não devo fazer	3	4	24	41	17	3,73	0,939
12. Promove uma visão positiva de futuro para mim	5	18	34	27	5	3,10	0,978
13. Pede a minha opinião sobre assuntos importantes relacionados com o trabalho	5	16	30	32	6	3,20	1,002
14. Faz com que eu seja recompensado(a) pelo meu bom trabalho	18	19	28	21	3	2,69	1,144
15. Fica irritado quando faço um mau trabalho ou não tenho um bom rendimento	62	18	9	0	0	1,40	0,669
16. Espera que as coisas fiquem erradas antes de fazer algo	66	16	6	0	1	1,36	0,711
17. Deixa-me participar nas decisões a tomar	4	16	33	26	10	3,25	1,026

18. Exprime a sua satisfação quando trabalho bem	7	11	36	27	8	3,20	1,036
19. Dá importância a métodos/formas de trabalho bem estruturados	1	0	20	41	27	4,04	0,796
20. Demonstra respeito pelos meus sentimentos pessoais	1	2	18	28	40	4,17	0,907
21. Encoraja-me a dar sugestões acerca do modo de realizar o trabalho	1	8	25	35	20	3,73	0,951
22. É um defensor da ideia “deixa para amanhã o que podes fazer hoje	66	19	4	0	0	1,30	0,552
23. Exprime a sua consideração/apoio quando tenho um problema pessoal	6	4	21	32	26	3,76	1,128
24. Demonstra otimismo quanto ao meu futuro	6	21	39	20	3	2,92	0,932
25. Promove em mim o desejo de sucesso e de melhorar	3	11	29	38	8	3,42	0,939
26. Fica irritado comigo quando não faço as coisas como planeado	33	28	24	3	1	2,00	0,941
27. Promove a vontade de me esforçar cada vez mais	2	14	29	35	9	3,39	0,949
28. Diz-me aquilo que devo fazer e como devo fazer	3	14	27	33	12	3,42	1,020
29. Deixa que os problemas se prolonguem	51	27	10	1	0	1,56	0,738
30. Aponta um futuro interessante para mim	9	22	36	17	5	2,85	1,029
31. Encoraja-me a falar dos meus problemas pessoais	28	33	16	7	5	2,19	1,137
32. Comporta-se de modo a respeitar as minhas necessidades pessoais	2	7	17	35	28	3,90	1,012
33. Quando me chama a atenção, dá-me exemplos sobre como corrigir a situação	3	6	29	33	18	3,64	0,991
34. Troca opiniões comigo quando tem de resolver um problema	8	10	36	28	7	3,18	1,040
35. Procura ter um relacionamento informal comigo quando tenho um problema	10	16	32	18	13	3,09	1,193
36. Trata-me com respeito	0	1	3	11	74	4,78	0,559

Legenda: 1- Nunca age assim; 2- Raramente age assim (25% das vezes); 3- Algumas vezes age assim (50% das vezes); 4- Frequentemente age assim (75% das vezes); 5- Sempre; M – Média; DP- Desvio Padrão.

Na tabela 18 apresenta-se o conjunto de valores da estatística descritiva das dimensões de Liderança e sua comparação com os valores teóricos. Pode-se observar que as dimensões Feedback Negativo e Gestão passiva de poder apresentam valores máximos e médias inferiores as valores teóricos. As restantes dimensões da escala em estudo apresentam médias superiores às médias teóricas, com relevância para a dimensão Respeito pessoal que regista média de 17,52 e o mínimo de 10 valores o que reflete que os profissionais do serviço sentem que o seu chefe os respeita.

Tabela 18 - Estatística descritiva das dimensões da escala EMLO

Dimensões	Valores Teóricos			Valores Observados					
	Min	Max	Média	Min	Max	Média	DP	Z score	
								Min	Max
1.Visão	4	20	10	4	20	12,00	3,42	-2,34	2,34
2.Instrução técnica	4	20	10	8	20	14,83	2,70	-2,53	1,91
3.Respeito pessoal	4	20	10	10	20	17,52	2,48	-3,03	1,00
4.Apoio Pessoal	4	20	10	4	20	12,92	3,35	-2,66	2,11
5.Feedback Positivo	4	20	10	4	20	12,07	3,47	-2,33	2,29
6.Feedback Negativo	4	20	10	4	14	6,00	2,24	-0,89	3,58
7.Gestão ativa de poder	4	20	10	6	20	13,36	3,12	-2,36	2,13
8.Gestão passiva de poder	4	20	10	4	12	6,27	2,17	-1,04	2,64
9.Inspiração	4	20	10	6	20	14,24	2,95	-2,80	1,96

3.1.4 Correlações entre as Dimensões das Escalas em estudo

3.1.4.1. Correlações entre a variável *Stress* e as suas subescalas

A tabela 19 apresenta os coeficientes de correlação de Pearson entre a variável *stress* e as suas subescalas, através da sua análise é possível concluir que as várias subescalas se correlacionam com a variável *Stress* de uma forma significativa. A variável *stress* apresenta uma correlação elevada com as subescalas Excesso de trabalho, Relações profissionais e Problemas familiares; apresenta uma correlação moderada com as subescalas Lidar com doentes, Carreira/Remuneração e Ações de Formação.

Tabela 19 - Correlações entre a variável Stress e as suas subescalas n (89)

Dimensões	1- Lidar com doentes	2- Excesso trabalho	3- Carreira e remuneração	4- Relações profissionais	5- Ações de formação	6- Problemas familiares
1-Lidar com doentes						
2- Excesso trabalho	,402**					
3- Carreira e remuneração	,253*	,360**				
4- Relações profissionais	,288**	,514**	,439**			
5- Ações de formação	,276**	,252*	,346**	,303**		
6- Problemas familiares	,395**	,601**	,398**	,427**	,280**	
Stress	,617**	,759**	,699**	,727**	,572**	,754**

**. $p < 0,01$;*. $p < 0,05$

3.1.4.2. Correlações entre a Variável Liderança e as subescalas

A tabela 20 apresenta as correlações de Pearson entre liderança e as dimensões ou subescalas, verificam-se correlações Altas significativas com $p < 0,01$ com as subescalas Visão, Instrução técnica, Feedback positivo, Gestão ativa e Inspiração. As subescalas Respeito Pessoal e Apoio Pessoal apresentam uma correlação moderada significativa a 1% com a variável Liderança. As dimensões Feedback negativo e Gestão Passiva não registam correlações com a variável em estudo, podemos verificar que estas subescalas apresentam entre si uma correlação moderada com $r(89) = 0,337, p < 0,01$. Adicionalmente pode-se verificar que a dimensão Gestão passiva apresenta correlação negativa com as dimensões Instrução técnica e Respeito Pessoal $r(89) = -0,277, p < 0,01$ e $r(89) = -0,294, p < 0,01$ respetivamente. A dimensão Feedback Negativo apresenta uma correlação negativa com a dimensão Respeito Pessoal registando $r(89) = -0,334, p < 0,01$.

Tabela 20 - Correlações entre a Variável Liderança e as subescalas

Dimensões	1.Visão	2.Instrução Técnica	3.Respeito pessoal	4.Apoio Pessoal	5.Feedback Positivo	6.Feedback Negativo	7.Gestão ativa	8.Gestão Passiva	9.Inspiração
1.Visão									
2.Instrução Técnica	,465**								
3.Respeito pessoal	,302**	,456**							
4.Apoio Pessoal	,351**	,527**	,452**						
5.Feedback Positivo	,543**	,405**	,328**	,474**					
6.Feedback Negativo	,012	-,162	-,334**	-,114	-,129				
7.Gestão ativa	,441**	,448**	,357**	,334**	,606**	-,120			
8.Gestão Passiva	,003	-,277**	-,294**	-,095	,108	,337**	,051		
9.Inspiração	,530**	,656**	,515**	,459**	,588**	-,160	,578**	-,308**	
Liderança	,736**	,704**	,555**	,685**	,796**	,004	,738**	,049	,781**

** . $p < 0,01$; * . $p < 0,05$

3.1.4.3 Correlações de Pearson entre as dimensões das escalas em estudo

Para verificar a correlação entre as várias dimensões das escalas em estudo calculou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*, tal como demonstrado na tabela 21.

Entre as dimensões Visão e Carreira/Remuneração encontramos uma correlação negativa ($r = -0,284$, $p < 0,01$), o mesmo se pode observar na correlação com a dimensão Relações profissionais ($r = -0,238$, $p < 0,05$), o que revela que os funcionários que consideram que o chefe que transmite otimismo e uma visão positiva tem impacto na forma como o trabalhador encara a falta de perspectivas de desenvolvimento na carreira, os conflitos interpessoais com os colegas e o ambiente existente no seu local de trabalho.

Verificaram-se correlações significativas entre a dimensão Gestão Passiva e as dimensões Excesso de trabalho ($r= 0,448$, $p < 0,01$) e Problemas familiares ($r= 0,375$, $p < 0,01$), o que denota que chefes que adiam questões importantes causam um maior nível de stress aos seus colaboradores, que acumulam tarefas de caráter burocrático, trabalham muitas horas seguidas e cuja sobrecarga de trabalho afeta a sua vida pessoal.

Tabela 21- Correlações de Pearson entre as dimensões das escalas em estudo

	Lidar com doentes	Excesso de trabalho	Carreira e remuneração	Relações profissionais	Ações de formação	Problemas familiares
Visão	,054	-,148	-,284**	-,238*	,051	,086
Instrução técnica	,128	-,168	-,090	-,192	,153	-,067
Respeito Pessoal	,110	-,204	-,108	-,169	,055	-,151
Apoio Pessoal	,308**	-,091	-,048	-,054	,180	,004
Feedback Positivo	,160	-,028	-,128	,010	,146	,071
Feedback Negativo	,031	,209*	,189	,110	,055	,258*
Gestão ativa	,244*	-,012	-,014	-,019	,203	,025
Gestão passiva	,173	,448**	,039	,198	,099	,375**
Inspiração	,079	-,178	,020	-,165	-,017	,014

** . $p < 0,01$; * . $p < 0,05$

3.1.5 Hipóteses em Estudo

H1: As mulheres e os homens diferem no que concerne ao nível de *stress* no trabalho.

Para analisar esta hipótese utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes, obteve-se o valor de F (87)=1,338; $p= 0,059$ pelo que não se rejeita a hipótese nula H0, logo não existem evidências estatísticas para um nível de significância de 5% para afirmar que as mulheres e os homens que trabalham no serviço de Radioterapia do IPO diferem em relação ao seu nível de *stress*.

H1.1: As fontes de *stress* são diferentes no grupo feminino e no grupo masculino.

Apesar de não existirem evidências de que o nível de *stress* difere quanto ao género, analisaram-se quais os fatores que mais contribuem para o *stress* no grupo feminino e no grupo masculino. Foram calculadas as correlações de Spearman para a dimensão Lidar com doentes nos dois grupos, pois esta variável não apresenta distribuição normal quanto ao género. Nas restantes dimensões foram calculadas as correlações de Pearson pois não se regista a violação do pressuposto de normalidade das variáveis nos grupos estudados (consultar tabela 22). Os resultados indicam que nos profissionais do sexo feminino o fator indutor de *stress* que apresenta maior correlação é o Excesso de trabalho enquanto que nos profissionais do sexo masculino este fator apresenta-se como o que evidencia a menor correlação com a variável *Stress*. Na dimensão Lidar com doentes, o género Feminino apresenta uma correlação moderada ($r=0,478$; $p<0,01$), enquanto no género masculino esta dimensão apresenta uma correlação alta com a variável *stress* ($r=0,781$; $p<0,01$) o que nos leva a concluir que o grupo do sexo masculino se sente mais afetado pela dificuldade em lidar com os doentes. Na dimensão Ações de formação também se assinalam diferenças nas correlações nos dois grupos, nos homens registamos uma correlação alta ($r=0,854$; $p<0,01$) e nas mulheres uma correlação moderada ($r=0,478$; $p<0,01$). Pelo que podemos concluir que apesar de não se registarem diferenças significativas no nível de *stress* nos dois grupos, quanto aos fatores que causam *stress* podemos encontrar diferenças nos dois grupos, com o grupo das mulheres a apresentar maior vulnerabilidade aos fatores excesso de trabalho e problemas familiares enquanto que o grupo do sexo masculino apresentam maiores dificuldades em lidar com doentes, na realização de ações de formação e nas relações com os seus colegas.

Tabela 22 - Correlações das Dimensões de Stress nos dois grupos.

Dimensões	Grupo Feminino (N=66)	Grupo Masculino (N=23)
1- Lidar com doentes	,478**	,781**
2- Excesso trabalho	,788**	,703**
3- Carreira e remuneração	,630**	,783**
4- Relações profissionais	,687**	,805**
5- Ações de formação	,478**	,854**
6- Problemas familiares	,726**	,830**

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

H2: Existem diferenças no nível de stress quanto à faixa etária dos participantes no estudo.

Utilizando o teste de Kruskal-Wallis fomos analisar se existem diferenças no nível de *stress* dos vários grupos etários, tabela 23. Verificou-se que $\chi^2=4,264$; $p= 0,234$ pelo que não é possível afirmar que existem diferenças quanto ao nível de *stress* sentido pelos indivíduos das diferentes faixas etárias. Apesar desta evidência, podemos no entanto, referir que os resultados sugerem a existência de um nível de *stress* mais elevado nos indivíduos cuja idade se situa entre os 51 e 65 anos.

Tabela 23 - Comparação do nível de stress tendo em conta a faixa etária

	Faixa etária	N	Classificação média	χ^2	Df	Valor de prova.
<i>Stress</i>	20-30 anos	31	42,52	4,264	3	,234
	31-40 anos	27	40,87			
	41-50 anos	21	47,07			
	51-65 anos	10	59,50			

H3: Existem diferenças entre o nível de *stress* dos funcionários que trabalham há mais de 15 anos na instituição e aqueles que trabalham na instituição há menos tempo.

Para analisar a hipótese 3 recorreu-se ao teste t de *Student* para amostras independentes. A tabela 24 apresenta as estatísticas dos grupos, nomeadamente a média e o desvio-padrão, dos resultados obtidos para os funcionários que trabalham no serviço há mais de 15 anos e aqueles que trabalham no serviço há menos tempo.

De acordo com os dados da tabela, o teste t de Student revela que existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que o nível de *stress* dos trabalhadores que trabalham há mais de 15 anos na instituição (M=60,444 e DP=12,463) difere significativamente, com $t(87)=3,104$, $p=0,003$, do nível de *stress* dos trabalhadores que trabalham há menos de 15 anos na instituição (M= 50,935 e DP=13,708). Desta forma, confirma-se H3, o nível de *stress* dos trabalhadores com mais de 15 anos de trabalho na instituição é superior ao nível de *stress* dos trabalhadores que exercem há menos de 15 anos.

Tabela 24- Estatística dos grupos funcionários com > 15 anos de serviço e funcionários com <=15 anos de serviço.

	Anos na Instituição	N	Média	Desvio padrão	Média PE	p
<i>Stress</i>	<=15	62	50,935	13,708	1,741	0,003
	>15	27	60,444	12,463	2,399	

H3.1: Os fatores indutores de *stress* diferem nos dois grupos

No sentido de avaliar como os fatores de *stress* se relacionam com o nível de stress ocupacional nos dois grupos, recorreu-se ao cálculo das correlações de *Pearson* para as variáveis que apresentam distribuição normal quanto aos anos de serviço, deste modo apenas a variável Lidar com doentes não apresenta distribuição normal pelo que para esta variável foram calculadas as correlações de *Spearman*. Obtiveram-se correlações moderadas e altas entre as dimensões e a variável *stress*, nos dois grupos. Como se pode verificar na tabela 25, a variável *stress* nos funcionários que trabalham na Instituição há menos de 15 anos apresenta uma correlação alta

com a dimensão Relações profissionais ($r=0,763, p<0,01$), enquanto que nos funcionários que trabalham há mais de 15 anos apresenta uma correlação moderada ($r=0,572, p<0,01$), o que revela que os funcionários com menos anos de Serviço reconhecem um maior nível de stress causado pelas dificuldades nas relações com os colegas. As dimensões Excesso de trabalho e Problemas familiares apresentam correlações altas com a variável *Stress* ($r=0,789, p<0,01$ e $r=0,770, p<0,01$ respetivamente) nos funcionários que trabalham há mais de 15 anos no serviço e ($r=0,724, p<0,01$ e $r=0,713, p<0,01$ respetivamente) nos funcionários que trabalham há menos tempo, pelo que estes fatores contribuem de igual forma para o nível de stress nos dois grupos. Os restantes fatores apresentam correlações moderadas com a variável *Stress* nos dois grupos analisados.

Através da observação dos resultados, podemos concluir que apenas se registam diferenças entre os dois grupos quanto à variável Relações Profissionais. As restantes variáveis não apresentam diferenças nos dois grupos analisados pelo que se rejeita a hipótese formulada.

Tabela 25 - Correlações entre Stress e as suas subescalas nos grupos anos de serviço ≤ 15 e anos de serviço > 15

Dimensões	Anos de Serviço ≤ 15 (N= 62)	Anos de Serviço > 15 (N=27)
Lidar com doentes	,599**	,497**
Excesso de trabalho	,724**	,789**
Carreira e remuneração	,684**	,657**
Relações profissionais	,763**	,572**
Ações de formação	,547**	,585**
Problemas familiares	,713**	,770**

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

H4: Existem diferenças no nível de *stress* nas diversas áreas profissionais

No sentido de complementar a análise da variável *stress* foram calculadas as frequências absolutas e relativas respeitantes ao nível de *stress* dos profissionais de cada grupo profissional. Verificou-se que nenhum dos profissionais inquirido apresentou nível de *stress* nulo assim como não existiram profissionais com *Stress* elevado, os resultados obtidos são apresentados na tabela

26. Verificou-se que 8 (9%) profissionais apresentam Pouco *Stress*, 45 (51%) registaram um nível de *stress* considerado moderado e 36(40%) dos inquiridos registaram Bastante *Stress*. Apenas 1(8%) dos médicos inquiridos regista Pouco *Stress*, 6(46%) apresentam níveis de *stress* moderado e os restantes (46%) apresentam Bastante *Stress*. No grupo profissional de Técnicos verificou-se que 20 (47%) apresentam Bastante *Stress*, 19(44%) apresentam *stress* moderado e apenas 1(2%) apresenta Pouco *Stress*. Os físicos do Serviço registam valores moderados de *Stress* em 82% dos inquiridos o que corresponde a 9 profissionais desta área. Os enfermeiros apresentam uma situação comparável com os médicos registando-se 43% de enfermeiros com *stress* moderado, a mesma percentagem de enfermeiros apresenta Bastante *Stress*. Nos auxiliares de ação médica verificou-se que a maior percentagem destes profissionais apresenta Bastante *stress* (55%). A totalidade dos Administrativos apresenta moderados níveis de *Stress*.

Tabela 26 - Dados relativos ao nível de stress por Profissão

Profissão	N	Nível de <i>Stress</i>				
		Nenhum <i>Stress</i> (0)	Pouco <i>Stress</i> (1)	Moderado <i>stress</i> (2)	Bastante <i>Stress</i> (3)	Elevado <i>Stress</i> (4)
Médico	13	0 (0%)	1 (8%)	6 (46%)	6 (46%)	0 (0%)
Técnico de RT	43	0 (0%)	1 (2%)	19 (44%)	20 (47%)	0 (0%)
Físico	11	0 (0%)	4 (36%)	9 (82%)	1 (9%)	0 (0%)
Enfermeiro	7	0 (0%)	1 (14%)	3 (43%)	3 (43%)	0 (0%)
Auxiliar de ação médica	11	0 (0%)	1 (9%)	4 (36%)	6 (55%)	0 (0%)
Administrativo	4	0 (0%)	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	89	0 (0%)	8 (9%)	45 (51%)	36 (40%)	0 (0%)

Utilizando o teste de Kruskal-Wallis fomos analisar se existem diferenças no nível de *stress* dos vários grupos profissionais, ver tabela 27. Verificou-se que $\chi^2=9,092$, $p= 0,105$ pelo que não é possível afirmar que existem diferenças no nível de *stress* sentido pelos indivíduos das diferentes

profissões, no entanto os resultados sugerem que existe um nível de *stress* mais elevado nos médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica do que nos restantes grupos profissionais.

Tabela 27 - Comparação do nível de stress tendo em conta a área profissional.

	Profissão	N	Classificação média	χ^2	Df	Valor de prova
<i>Stress</i>	Médico	13	54,08	9,092	5	,105
	Técnico de Radioterapia	43	45,36			
	Físico	11	27,50			
	Enfermeiro	7	53,71			
	Auxiliar de ação médica	11	50,00			
	Administrativo	4	30,75			

H4.1: Existem diferentes fontes de *stress* nas diversas áreas profissionais

Com a finalidade de estudar se as fontes de *stress* ocupacional diferem nas várias áreas profissionais foram calculados os coeficientes de correlação entre o *Stress* e as subescalas para cada grupo profissional, Tabela 28. Através da observação dos resultados obtidos pode-se verificar que a dimensão Lidar com doentes apresenta correlação moderada nos técnicos de Radioterapia ($r=0,537$, $p<0,01$) e nos auxiliares de ação médica ($r=0,728$, $p<0,05$) e uma correlação muito elevada nos enfermeiros($r=0,915$, $p<0,01$). A dimensão Excesso de trabalho apresenta correlações altas nos técnicos, físicos e auxiliares de ação médica e uma correlação muito elevada nos enfermeiros($r=0,915$, $p<0,01$). A dimensão Carreira e Remuneração apresenta uma correlação moderada com o *stress* ocupacional nos técnicos de Radioterapia($r=0,652$, $p<0,01$), apresenta uma correlação alta nos auxiliares de ação médica($r=0,800$, $p<0,01$), e muito elevada no grupo profissional dos Físicos($r=0,944$, $p<0,01$) e nos médicos ($r=0,947$, $p<0,01$). A dimensão Relações Profissionais apresenta correlações altas nos físicos($r=0,877$, $p<0,001$) e nos médicos ($r=0,824$, $p<0,01$). A dimensão Ações de formação apresenta uma correlação alta nos Físicos ($r=0,784$, $p<0,01$). A dimensão Problemas Familiares apresenta correlação alta nos técnicos($r=0,778$, $p<0,01$) e nos enfermeiros($r=0,856$, $p<0,05$) e uma correlação muito elevada nos médicos do serviço($r=0,906$, $p<0,01$) e nos auxiliares de ação médica($r=0,938$, $p<0,01$).

Os resultados obtidos permitem concluir que existem diferenças quanto aos fatores indutores de stress nos diferentes grupos de profissionais pelo que se confirma H4.1.

Tabela 28 - Correlações entre o stress e as suas subescalas em cada grupo profissional

	Médico	Técnico RT	Físico	Enferm.	Aux. ação médica	Administ.
Lidar com doentes	,539	,537**	,278	,915**	,728*	-,833
Excesso de trabalho	,347	,801**	,861**	,926**	,753**	,389
Carreira remuneração	,947**	,652**	,944**	,498	,800**	,105
Relações profissionais	,824**	,691**	,877**	,589	,606*	-,316
Ações de formação	,553*	,507**	,784**	,73	,349	,949
Problemas familiares	,906**	,778**	,503	,856*	,938**	,949

**. $p < 0,01$; *. $p < 0,05$

H5: É possível estabelecer relações entre as dimensões da liderança e o *stress* ocupacional nos funcionários do Serviço de Radioterapia do IPO do Porto.

De forma a verificar as relações entre as dimensões de liderança e *stress* recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson. De acordo com o referido teste verificam-se apenas correlações significativas de *Stress* com as dimensões Gestão Passiva $r=0,320$, $p < 0,01$ e Feedback negativo $r=0,212$, $p < 0,05$.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O *stress* ocupacional tem sido apontado como uma área de impacto negativo no bem-estar físico e psicológico dos profissionais de saúde. No entanto são ainda escassos estudos que estabeleçam relações entre variáveis e que esclareçam quais os fatores individuais e profissionais que podem explicar as razões de alguns profissionais parecerem resistir melhor do que outros às adversidades (Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010).

Os resultados obtidos neste estudo, para uma amostra de 89 participantes, foram analisados no sentido de determinar o nível de *stress* nos funcionários do serviço de Radioterapia, e se existe impacto dos estilos de liderança exercidos no nível de *stress* dos profissionais que aí trabalham. Foram adicionalmente estudados alguns fatores sociodemográficos da amostra e o seu impacto no nível de *stress* ocupacional destes profissionais.

No que respeita ao nível de *stress* dos profissionais, verificou-se que 55% dos profissionais do serviço apresentou um nível de *stress* ocupacional inferior à média ($M=2,3$), de registar que o nível de *stress* de 51% dos profissionais foi considerado moderado, 40% apresentou Bastante *Stress* e apenas 9% dos profissionais apresentam pouco *stress*. Os resultados obtidos estão em sintonia com os resultados do estudo com profissionais de saúde a exercer em contexto hospitalar realizado por Ribeiro, Gomes, & Silva (2010), no entanto estes resultados situam-se claramente acima dos obtidos num estudo que envolveu profissionais de saúde que exerciam em unidades hospitalares e em centros de saúde do norte de Portugal que registou 29% dos profissionais com *stress* moderado e apenas 15% dos profissionais apresentou *stress* um nível de *stress* elevado, os restantes profissionais (56%) não apresentaram problemas significativos a este nível (Silva & Gomes, 2009), o que aponta para que profissionais de saúde a exercer em meio hospitalar estejam expostos a maiores níveis de stress ocupacional. do que os seus colegas que exercem a sua atividade nos centros de saúde.

O estudo dos fatores sociodemográficos teve como objetivo avaliar o seu impacto no *stress* dos profissionais do Serviço. No que respeita ao fator género verificou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas quanto ao nível de *stress* nas mulheres e nos homens, pelo que não foi possível corroborar H1, o que contraria os resultados obtidos por Silva e Gomes (2009) e por Gomes, Cruz, & Cabanelas (2009) que envolveu profissionais de saúde que trabalhavam em hospitais e centros de saúde da região norte de Portugal. Apesar de não se

registarem diferenças significativas no nível de stress nos dois grupos, quanto aos fatores que causam stress podemos encontrar diferenças, com o grupo feminino a apresentar maior vulnerabilidade aos fatores excesso de trabalho e problemas familiares evidenciando assim a dificuldade sentida por estes profissionais em conciliar a sua atividade laboral e as suas responsabilidades familiares, enquanto que o grupo masculino apresentar maiores dificuldades em lidar com doentes , na realização de ações de formação e nas relações com os seus colegas.

Em relação à hipótese de que o nível de *stress* difere quanto à faixa etária dos participantes do estudo, verificou-se que também em relação a esta situação não se encontraram evidências no sentido de afirmar H2, no entanto a observação dos resultados permite concluir que os funcionários do serviço cuja idade se situa acima dos 50 anos têm um nível de stress mais elevado do que os restantes.

O nível de *stress* nos trabalhadores com mais de 15 anos de trabalho na instituição (M=60,444 e DP=12,463) é significativamente diferente do nível de *stress* dos trabalhadores que exercem há menos de 15 anos (M= 50,935 e DP=13,708), através dos resultados obtidos podemos verificar que os funcionários com mais de 15 anos de serviço na instituição apresentam maior nível de *stress* ocupacional, o que pode ser explicado pelas alterações em termos de carreira, horário de trabalho, condições de exercício da profissão ocorridas nos últimos anos. A alteração do horário de trabalho das 35h para 40 horas semanais, os cortes nos vencimentos, a alteração do regime de faltas e férias assim como as alterações no regime de aposentação afetou maioritariamente os profissionais com maior tempo de serviço o que poderá estar na origem da diferença encontrada. A isto acresce o facto de tendencialmente serem estes profissionais aqueles que têm maiores responsabilidades familiares, pelo que o aumento da carga horária poderá colidir com tarefas e rotinas previamente estabelecidas, gerando assim *stress* adicional.

Foram analisados os fatores indutores de *stress* que apresentam maior relação com o nível de *stress* dos profissionais deste serviço, verificou-se que os fatores predominantes se prendem com o excesso de trabalho, com os problemas familiares e com as relações profissionais, o que vai de encontro com os resultados do estudo a nível nacional realizado na Holanda no qual participaram 816 profissionais de saúde da área da Oncologia que revelou que além do *stress* causado pelas situações emocionais vividas por estes profissionais, as questões de excesso de

trabalho, a falta de tempo e a falta de controlo das tarefas a desempenhar, os conflitos interpessoais a falta de apoio dos colegas estavam relacionadas com o alto nível de *stress* sentido por estes profissionais (Le Blanc & Schaufeli, 2003).

Este estudo foi conduzido num serviço onde existe uma diversidade de profissionais provenientes de várias áreas, no sentido de aferir se os fatores indutores de *stress* diferem em cada área profissional foram estudadas as relações entre os vários fatores e o nível de *stress* dos participantes. Verifica-se através dos resultados que para grupo profissional dos médicos o seu nível de *stress* está relacionado com Carreira e Remuneração, com as Relações Profissionais e com Problemas Familiares, o que contraria os resultados obtidos nos estudos de Ribeiro, Gomes, & Silva (2010) e Melo, Gomes, & Cruz (1997) que referem que o *stress* ocupacional dos profissionais desta área profissional está ligado ao fator Lidar com doentes que no presente estudo não apresenta relação com o *Stress* ocupacional destes profissionais. O fator Carreira e Remuneração apresenta-se como o fator de maior impacto no *stress* destes profissionais facto que pode estar relacionado com a reestruturação que a carreira destes profissionais sofreu nos últimos anos e tal como a generalidade dos funcionários do setor público, estes profissionais viram as suas progressões congeladas, os seus vencimentos reduzidos, o que pode explicar as crescentes preocupações destes profissionais a este nível

No grupo de profissionais dos Técnicos de Radioterapia verifica-se que o fator com maior impacto no *stress* destes profissionais é o excesso de trabalho e os problemas familiares. No caso dos enfermeiros, o seu nível de *stress* está igualmente relacionado com o excesso de trabalho, com as dificuldades sentidas ao lidar com doentes e problemas familiares, o que está em sintonia com os resultados do estudo efetuado por Ribeiro, Gomes e Silva que envolveu médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar (Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010),o que pode estar relacionado com o facto destes profissionais habitualmente acumularem funções com atividade no setor privado, e assim terem horários muito sobrecarregados com inevitável repercussão na sua vida pessoal e familiar..

Os físicos que trabalham neste serviço apresentam como principal fonte de *stress* o excesso de trabalho e preocupações com a sua Carreira e Remuneração. Os auxiliares de ação

médica expressam uma forte relação entre o seu nível de *stress* e os problemas familiares, lidar com os doentes, o excesso de trabalho e a carreira e remuneração.

Com base nos resultados observados, podemos referir que os aspetos relacionados com o Excesso de trabalho são fontes de tensão na generalidade dos grupos profissionais que nos últimos anos têm tido maior dificuldade na contratação de novos colaboradores, verificando-se uma carência a nível destes profissionais. De salientar que as preocupações com a Carreira e Remuneração emergem neste estudo como um fator de stress muito relevante o que pode estar relacionado com alterações recentes de carácter social, económico e político com que a sociedade portuguesa se depara, originando instabilidade, insegurança e falta de reconhecimento, nomeadamente em profissionais que exercem a sua profissão no setor público.

O objetivo principal deste trabalho era estudar o impacto da liderança exercida e o nível de *stress* dos profissionais, verificou-se que os aspetos negativos de Liderança, nomeadamente Gestão passiva e o Feedback negativo têm impacto no nível de *stress* dos profissionais. Neste estudo, a relação entre o estilo de liderança e o nível de *stress* dos profissionais verificou-se apenas com o estilo de liderança que assenta no adiar de decisões e resolução de problemas tal como relatado no estudo de Oxentierna (2004) que refere que os empregados experienciam um maior nível de *stress* quando na organização em que trabalham não é feito qualquer esforço para solucionar os problemas (*laissez-faire*). Os funcionários que trabalham neste serviço consideram ainda como fator indutor de stress a utilização de repreensões e castigos por parte do chefe(Feedback negativo) no entanto reconhecem que estas situações ocorrem raramente. O estudo efetuado não aponta correlações significativas entre o estilo de liderança e o nível de *stress* dos profissionais participantes o que vem de encontro aos resultados de vários estudos que referem que o seu impacto é inferior ao registado por influência de outros fatores relacionados com o trabalho e com as características demográficas das populações estudadas (Mazur & Lynch, 1989; Lubofsky, 2002; Bernin & Theorell, 2004).

Conclusões

O *stress* relacionado com o trabalho nos profissionais que prestam serviços de saúde é um fator extremamente relevante, constituindo um tema importante do ponto de vista organizacional, social e individual.

O presente estudo, apesar de por razões metodológicas, nomeadamente pelo facto da amostra ser reduzida, ser limitado, permitiu apontar algumas conclusões relativamente aos fatores indutores de stress nos profissionais de saúde que exercem em contexto de um hospital público dedicado ao tratamento de doenças oncológicas.

De salientar o facto de que os resultados obtidos neste estudo dizem respeito a um serviço específico, portanto, não são passíveis de generalizações para outros serviços ou profissionais.

Considerando a contingência da situação a que o nosso país está sujeito, a percepção da crise económica e os efeitos negativos desta situação na Administração Pública, seria interessante futuramente a replicação do presente estudo num contexto económico-social mais favorável com o intuito de explorar eventuais diferenças

Para que se consiga uma melhoria dos cuidados de saúde é necessário prestar atenção aos factores organizacionais e socio-emocionais que afetam os seus profissionais. O desenvolvimento de estudos nesta área é realmente importante, a área da Oncologia requer profissionais com capacidade acrescidas para poderem prestar melhores cuidados aos seus doentes. O estudo do stress ocupacional a que estes profissionais estão sujeitos diariamente devido às características destas doenças, podem contribuir para a procura de soluções no sentido de melhorar as condições de exercício das suas funções, aumentando o seu bem-estar físico e psicológico.

Em conclusão, os resultados deste estudo indicam a necessidade de compreender melhor as relações entre o *stress* ocupacional e os fatores que o induzem nestes profissionais de saúde, de forma a implementar medidas ao nível individual, organizacional e institucional que o possam reduzir.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, R. F., Moura, M. R., & Torres, P. B. (2010). Contribuições da liderança situacional para as organizações. *VI Congresso Nacional de Excelência em Gestão*, 1-19.
- Antonakis, J. (2006). Leadership: What is it and how it is implicated in strategic change? *International Journal of Management Cases*, 4-20.
- Avolio, B., & Gardner, W. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly* 16, 315-338.
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 309-328.
- Bass, B. M. (1998). *Transformational leadership: Industrial, military, and educational impact*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bass, B. M. (1999). Two Decades of Research and Development in Transformational Leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 9-32.
- Bass, B. M., & Stogdill, R. M. (1990). *Bass & Stogdill's Handbook of leadership: Theory, Research and Managerial Applications* (3ª edição ed.). Nova Iorque: The Free Press.
- Bass, B., & Riggio, R. (2006). *Transformational leadership*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Bernin, P. (2002). *Manager working conditions- stress and health*. Stockholm: Department of Public Health Sciences.
- Bernin, P., & Theorell, T. (2004). *Patterns for successful leadership in healthcare*. Stockholm: National Institute for Psychosocial Medicine.
- Bertocci, D. I. (2009). *Leadership in Organizations: There is a Difference Between Leaders and Managers*. University Press of America.

- Bertocci, D. I. (2009). *Leadership in Organizations: There is a difference between Leaders and Managers*. Nova Iorque: University Press of America.
- Blanchard, K. H., Zigarmi, D., & Nelson, R. B. (1993). Situational leadership after 25 years: a retrospective. *The Journal of Leadership Studies*, 22-36.
- Blewett, V., Shaw, A., LaMontagne, A. D., & Dollard, M. (2006). *Job stress: causes, impact and interventions in the health and community services sector*. Sydney, New South Wales: Workcover.
- Bryman, A. (1992). *Charisma and leadership in organizations*. London: Sage Publications.
- Burns, J. (1978). *Leadership*. Nova Iorque: Harper and Row.
- Carneiro, G. (2014). A importância da liderança para o engagement dos colaboradores nas empresas do Vale do Ave. *Dissertação de Mestrado*.
- Chiavenato, I. (1997). *Gerenciando pessoas : o passo decisivo para a administração participativa* (3ª ed.). São Paulo: Makron Books.
- Chiavenato, I. (1999). *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus.
- Chiavenato, I. (2003). *Introdução á teoria Geral da Administração* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Chiavenato, I. (2005). *Gerenciando com as pessoas-Transformando um executivo em um excelente Gestor de Pessoas*. Rio de Janeiro: E. Elsevier.
- Correia, R., Mainardes, E., & Lourenço, L. (2010). A liderança transformacional como factor de desenvolvimento na gestão pela qualidade total: criatividade, inovação, confiança e trabalho de equipa. *Revista Gestão industrial*, 6, 239-268.
- Demerouti, E., Bakker, A. Janssen, P., & Schaufeli, W. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 279-286.

- Duarte, G. A., & Papa, A. C. (2011). A utilização da liderança situacional como diferencial estratégico para as organizações contemporâneas. *Revista de Administração UFSC*, 364-377.
- DuBrin, A. J. (2013). *Leadership: Research Findings, Practice, and Skills* (6th ed.). Cram 101 Textbook Reviews.
- Givens, R. J. (2008). Transformational Leadership: The Impact on Organizational and Personal Outcomes. *Emerging Leadership Journeys*, 4-24.
- Gomes, A. (1998). Stress e burnout nos profissionais de Psicologia. (U. d. Minho, Ed.) *Tese de Mestrado*.
- Gomes, A. C. (2000). Discurso de liderança : o que faz sentido faz-se. *Psychologica*(23), 7-36.
- Gomes, A., & Cruz, J. (2006). Relação treinador-atleta: Desenvolvimento de um instrumento de avaliação dos estilos de liderança. *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação psicológica: Formas e contextos*, 1037-1046.
- Gomes, A., & Resende, R. (2014). Assessing leadership styles of coaches and testing the augmentation effect in sport. *Contemporary topics and trends in the psychology of sports*, 115-137.
- Gomes, A., Cruz, J., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de Saúde : Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 307-318.
- Gomes, R., Cabanelas, S., Macedo, V. P., & Pinheiro, L. (2009). Stress, "Burnout", Saúde física, Satisfação e Realização em Profissionais de Saúde : Análise das diferenças em função do sexo, Estado civil e agregado familiar. *Estudos de psicologia*, 14 (3), 239-248.
- Gonçalves, H. S., & Mota, C. M. (2011). Liderança situacional em gestão de projetos:uma revisão da literatura. *Produção*, 404-416.
- Gonçalves, S. P. (2013). *Stress e Bem-estar*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho.
- Group of WHO Patient Safety. (2009). *Human Factors in Patient Safety*. World Health Organization.

- Hersey, P., & Blanchard, K. (1986). *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Hersey, P., & Blanchard, K. (1988). *Management of organizational behavior: utilizing human resources* (5^a ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Le Blanc, P., & Schaufeli, W. (2003). Burnout among oncology care providers. In M. Dollard, H. Winefield, & A. Winefield, *Occupational stress in the service professions* (pp. 143-168). London: Taylor & Francis.
- Le Blanc, P., De Jonge, J., & Schaufeli, W. (1999). Job Stress and Health. In N. Chmiel, *Introduction to work and Organizational Psychology: A European perspective* (pp. 148-168). London: Blackwell.
- Leite, E., & Uva, A. (2007). Stress relacionado com o trabalho. *Revista Saúde & Trabalho*, 25-42.
- Liden, R., & Antonakis, J. (2009). Considering context in psychological leadership research. *Human Relations*, 62, 1587-1605.
- Llorens, S., Libano, M., & Salanova, M. (2009). Modelos teóricos de salud ocupacional. *Psicologia de la salud ocupacional*, 63-93.
- Lourenço, P. R. (2000). *Liderança e Eficácia: Textos de Apoio*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Lubofsky, D. (September de 2002). Supervisor leadership style and counselors' burnout: A comparative study of high school counselors and rehabilitation counselors. *Dissertation Abstracts International: Section B., Vol 63(3-B)*. University Microfilms International.
- Maroco, J. (2011). *Análise estatística com SPSS statistics* (5^a ed.). Sintra Portugal: Report Number.
- Matthieu, M., & Ivanoff, A. (2006). Using Stress, appraisal, and coping theories in Clinical Practice: Assessments of Coping Strategies after disasters. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 337-348.

- Maximiano, A. C. (2002). *Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital*. São Paulo: Atlas.
- Mazur, P., & Lynch, M. (1989). Differential impact of administrative, organizational and personality factors on teacher burnout. *Teaching and Teacher Education*, 337-353.
- Melo, B., Gomes, A., & Cruz, J. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 53-72.
- Melo, S. (2012). Stress relacionado com o Trabalho e Burnout em técnicos de radiologia. *Dissertação de Mestrado Gestão em Saúde*.
- Monteiro, I. (1999). Hospital, uma organização de Profissionais. *Análise Psicológica*, 317-325.
- Monteiro, Z., & Espirito Santo, T. (2008). O Papel da Liderança Informal na Comunicação Interna. *Revista Brasileira de Marketing*, 7, 195-201.
- Nyberg, A., Bernin, P., & Theorell, T. (2005). *The impact of leadership on the health of subordinates*. Stockholm: SALTSA.
- Oxenstierna, G. (2004). *Dual support*. Scandinavia: J. Public Health.
- Ribeiro, L., Gomes, R., & Silva, M. (2010). Stresse ocupacional em profissionais de saúde : Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. In U. d. Minho (Ed.), *Actas do VII simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, (pp. 1494-1508). Portugal.
- Santos, A., & Castro, J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, XVI(4), 675-690.
- Santos, G. (2012). Stress ocupacional: os fatores indutores e a vulnerabilidade dos indivíduos de uma administração pública local. *Dissertação de Mestrado Psicologia do trabalho, das Organizações e dos recursos humanos*.

- Schabraq, M. (2003). What an organization can do about its employees' well-being and health: An overview. In J. W. M.J. Schabraq, *The handbook of work and health psychology* (pp. 585-600). Chichester: John Wiley.
- Silva, M., & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 239-248.
- Smart, M. (2010). *The Hidden Power of Informal Leadership*. USA: Xulon Press.
- Teixeira, S. (2005). *Gestão das organizações*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Trapero, F., & Lozada, V. (Jan-Mar de 2010). Differences between the relationship of integrity and leadership styles according to the model of Bernard Bass. *Estudios gerenciales*, 26, 59-76.
- Walumbwa, F. O., Wang, P., Wang, H., Schaubroeck, J., & Avolio, B. J. (2010). Psychological processes linking authentic leadership to follower behaviors. *The Leadership Quarterly*(21), 901-914.
- Walumbwa, F., Avolio, B., Gardner, W., Wernsing, T., & Peterson, S. (2008). Authentic leadership: development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management*(34), 89-126.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- Warrick, D. (1981). Leadership Styles and Their Consequences. *Journal of Experiential Learning and Simulation*, 155-172.
- Wee, K.-P., Wee, K.-M., & Huang, W. C. (2006). Organizational leadership and its relative influences. *Journal of Information & Optimization Sciences*, 241-248.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização do IPO para efetuar o estudo

Exma. Senhora
Téc. Júlia Guedes
Serviço de Radioterapia

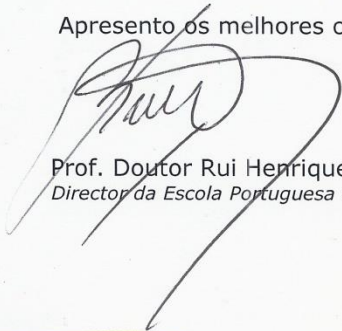
Porto, 2014/12/03

Assunto: **Projeto de Investigação**

Em resposta ao seu pedido de autorização para realização do projeto de dissertação de mestrado, intitulado "Impacto do Estilo de Liderança no Nível de Stress dos Profissionais do Serviço de Radioterapia do IPO-Porto", informo que este se encontra devidamente **autorizado**.

Aproveito a presente, para lhe desejar os maiores sucessos académicos e profissionais.

Apresento os melhores cumprimentos,



Prof. Doutor Rui Henrique
Director da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto

RUA DR. ANTÓNIO BERNARDINO DE ALMEIDA
4200-072 PORTO - PORTUGAL

T. (+351) 22 508 40 00
F. (+351) 22 508 40 01

E-MAIL:
diripo@ipoporto.min-saude.pt

Capital Social: 39.900.000,00€ Registado na Conservatória do Registo Comercial do Porto com o N.º 57884 - NICP 506 362 299

MEMBRO

QUALIDADE



ANEXO II- Questionário utilizado

Júlia Guedes, aluna do 2º Ano do Mestrado em Gestão das Organizações-Ramo de Gestão de Unidades de Saúde venho solicitar a sua importante colaboração para responder a este questionário que surge no âmbito da dissertação a apresentar .

Este estudo pretende compreender o impacto dos estilos de liderança exercidos no Serviço no stress ocupacional sentido pelos colaboradores. Desta forma, solicito uma resposta a todos os itens, caso contrário, o questionário não poderá ser considerado.

Desde já agradeço a colaboração prestada.

QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO

1.Sexo: Masculino Feminino

2. Faixa etária

20-30 anos 31-40 anos 41-50 anos 51-60 anos 61-66 anos

3. Habilitações literárias

1º- 4ºAno 5º - 6ºAno 7º - 9º Ano 10º-12º Ano

Ensino Superior

4. Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a) União de facto Separado(a)

5. Tem Filhos: Não Sim

Se respondeu sim, quantos _____

Outros Dependentes: Não Sim

Quantos dependentes tem a cargo? _____

6. Local de Residência: Rural Urbano

7. Profissão:

Médico(a) Técnico (a) de Radioterapia Físico(a) Enfermeiro (a)
Auxiliar de ação médica Pessoal administrativo

8. Há quantos anos exerce a Profissão: _____

9. Há quantos anos trabalha na instituição? _____

10. Quantas horas trabalha por semana? _____

11. Trabalha por turnos? Não Sim

12. Trabalha parcialmente em mais alguma instituição? Não Sim

13. Situação contratual:

CTFP CIT s/termo CIT c/termo Prestação de serviços

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LIDERANÇA NAS ORGANIZAÇÕES

As afirmações que se seguem procuram descrever um **comportamento específico** que o seu responsável/chefe pode assumir. Para cada afirmação existem cinco alternativas:

1. Nunca
2. Raramente (Cerca de 25% das vezes)
3. Algumas vezes(50% das vezes)
4. Frequentemente(Cerca de 75% das vezes)
5. Sempre

Por favor, indique o **comportamento** do seu responsável/chefe colocando um círculo no número apropriado. Tente responder a todas as afirmações, pensando naquilo que é o comportamento habitual ou mais frequente do seu responsável/chefe em cada uma das situações apresentadas.

Não existem respostas certas ou erradas e os seus dados são **confidenciais**.

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Encoraja-me a trabalhar com o máximo de qualidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Ajuda-me quando tenho um problema pessoal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Fala de forma otimista sobre o meu futuro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Usa castigos e punições quando falho ou faço asneiras | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Felicita-me quando trabalho bem ou tenho um bom rendimento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Respeita-me como pessoa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Formula objetivos desafiantes para mim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Dá-me os parabéns quando faço um trabalho muito bom | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Utiliza punições e castigos quando trabalho mal ou tenho rendimento abaixo do esperado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Adia resolver questões importantes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Explica-me o que devo e não devo fazer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Promove uma visão positiva de futuro para mim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Pede a minha opinião sobre assuntos importantes relacionados com o trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

14. Faz com que eu seja recompensado(a) pelo meu bom trabalho	1	2	3	4	5
15. Fica irritado e castiga-me quando faço um mau trabalho ou não tenho um bom rendimento	1	2	3	4	5
16. Espera que as coisas fiquem erradas antes de fazer algo	1	2	3	4	5
17. Deixa-me participar nas decisões a tomar	1	2	3	4	5
18. Exprime a sua satisfação quando trabalho bem	1	2	3	4	5
19. Dá importância a métodos/formas de trabalho bem estruturados	1	2	3	4	5
20. Demonstra respeito pelos meus sentimentos pessoais	1	2	3	4	5
21. Encoraja-me a dar sugestões acerca do modo de realizar o trabalho	1	2	3	4	5
22. Demonstra que é um defensor da ideia “deixa para amanhã o que podes fazer hoje”	1	2	3	4	5
23. Exprime a sua consideração/apoio quando tenho um problema pessoal	1	2	3	4	5
24. Demonstra otimismo quanto ao meu futuro	1	2	3	4	5
25. Promove em mim o desejo de sucesso e de melhorar	1	2	3	4	5
26. Fica irritado comigo quando não faço as coisas como planeado	1	2	3	4	5
27. Promove a vontade de me esforçar cada vez mais	1	2	3	4	5
28. Diz-me aquilo que devo fazer e como devo fazer	1	2	3	4	5
29. Deixa que os problemas se prolonguem antes de fazer alguma coisa	1	2	3	4	5
30. Aponta um futuro interessante para mim	1	2	3	4	5
31. Encoraja-me a falar dos meus problemas pessoais	1	2	3	4	5
32. Comporta-se de modo a respeitar as minhas necessidades pessoais	1	2	3	4	5
33. Quando me chama a atenção, procura dar-me exemplos sobre como corrigir a situação	1	2	3	4	5
34. Troca opiniões comigo quando tem de resolver um problema	1	2	3	4	5
35. Procura ter um relacionamento informal comigo quando tenho um problema pessoal	1	2	3	4	5
36. Trata-me com respeito	1	2	3	4	5

QUESTIONÁRIO DE STRESS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Na escala que se segue, assinale com um círculo o número que melhor indicar o **nível de “stress”** que sente **geralmente** no exercício da sua atividade profissional.

Em **TERMOS GERAIS**, a minha atividade profissional provoca-me...

Nenhum <i>stress</i>	Pouco <i>stress</i>	Moderado <i>stress</i>	Bastante <i>stress</i>	Elevado <i>stress</i>
0	1	2	3	4

2. Apresentam-se seguidamente várias **fontes** potencialmente geradoras de **stress na sua atividade profissional**. Por favor, assinale com um círculo o número que melhor indicar o **nível de stress/pressão** gerado por cada potencial fonte ou fator no exercício da sua atividade profissional (0 = Nenhum *stress*; 2 = Moderado *stress*; 4 = Elevado *stress*).

1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os meus doentes 0 1 2 3 4
2. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho 0 1 2 3 4
3. A falta de perspetivas de desenvolvimento na carreira 0 1 2 3 4
4. Trabalhar muitas horas seguidas 0 1 2 3 4
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares devido às minhas responsabilidades profissionais 0 1 2 3 4
6. Falar ou fazer apresentações em público 0 1 2 3 4
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores 0 1 2 3 4
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os doentes esperam de mim 0 1 2 3 4
9. O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho 0 1 2 3 4
10. Falta de possibilidades de progressão na carreira 0 1 2 3 4
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou pessoal devido às minhas responsabilidades profissionais 0 1 2 3 4

12. O excesso de trabalho relacionado com tarefas de carácter burocrático	0	1	2	3	4
13. Receber um salário baixo	0	1	2	3	4
14. Gerir problemas graves dos meus doentes	0	1	2	3	4
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas	0	1	2	3	4
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	0	1	2	3	4
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho	0	1	2	3	4
18. Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho	0	1	2	3	4
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)	0	1	2	3	4
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus doentes	0	1	2	3	4
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	0	1	2	3	4
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho					
23. Salário inadequado/insuficiente	0	1	2	3	4
24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade	0	1	2	3	4
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas	0	1	2	3	4

Muito obrigada pela sua colaboração.

