INSTITUTO
SUPERIOR
DE CONTABILIDADE
E ADMINISTRAÇÃO
DO PORTO
POLITÉCNICO
DO PORTO

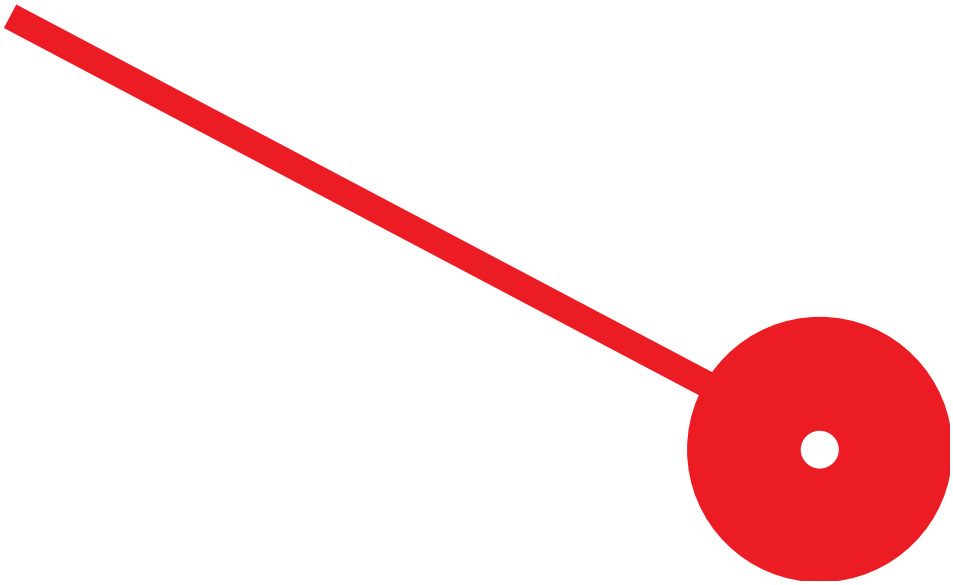
M MESTRADO
GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES, EMPLOYEE ENGAGEMENT E BULLYING NO LOCAL DE TRABALHO NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO TÂMEGA E SOUSA

Carla Manuela Gomes da Silva

VERSÃO FINAL

11/2024



Carla Manuela Gomes da Silva
Organizações Hospitalares, Employee Engagement e Bullying no Local de Trabalho na Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa
11/2024

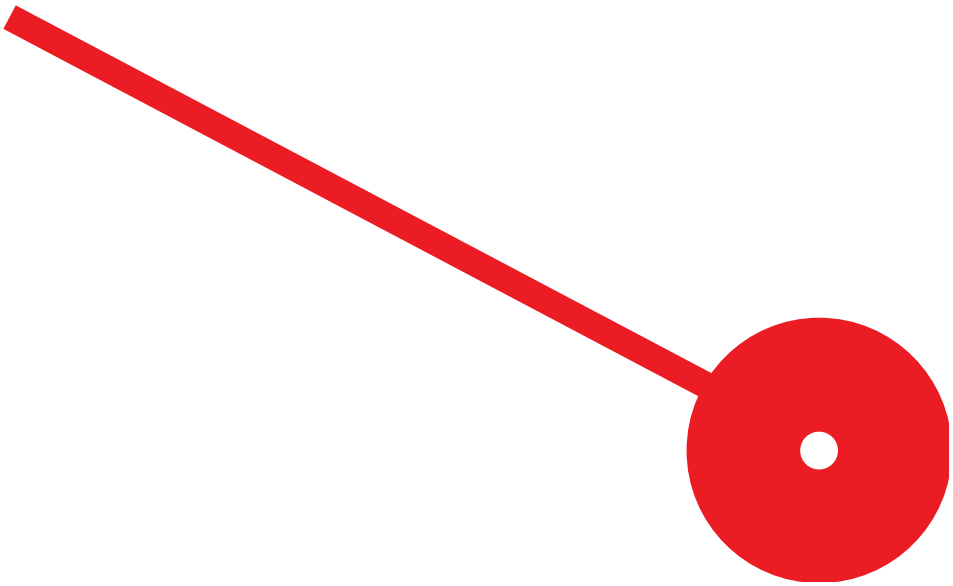
INSTITUTO
SUPERIOR
DE CONTABILIDADE
E ADMINISTRAÇÃO
DO PORTO
POLITÉCNICO
DO PORTO

M MESTRADO
GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES, EMPLOYEE ENGAGEMENT E BULLYING NO LOCAL DE TRABALHO NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO TÂMEGA E SOUSA

Carla Manuela Gomes da Silva

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos, sob orientação de Professor Doutor Manuel Salvador Gomes Araújo



Carla Manuela Gomes da Silva
Organizações Hospitalares, Employee Engagement e Bullying no Local de Trabalho na Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa
11/2024

Dedicatória

A mim!

Agradecimentos

Passados 10 anos após ter concluído a pós-graduação em Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos na ESEIG – Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão, do Instituto Politécnico do Porto, decidi terminar o mestrado. Não deveria ter deixado passar tanto tempo, mas nunca é tarde! "Devias ter feito seguido!" – dizia o meu marido (e o meu subconsciente).

Quero começar por agradecer ao meu orientador de dissertação, o Professor Doutor Manuel Salvador Gomes Araújo pelo acompanhamento e apoio incansáveis e pela infindável disponibilidade e paciência.

Ao Mário, meu marido, que apesar de dizer que já deveria ter dado este passo há mais tempo, apoiou-me nesta decisão.

Aos meus pais que na sua simplicidade e amizade constante, demonstraram orgulho e confiança na minha opção.

À minha irmã Ana e cunhado Rui por toda a ajuda que me deram ao longo deste trabalho, sempre disponíveis e com uma palavra de incentivo.

Aos restantes irmãos e sobrinhos pela amizade e carinho.

Aos amigos e colegas de trabalho que responderam ao questionário e incitaram o máximo de participantes.

Ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, assim como à Comissão de Ética e ao Serviço de Ensino, Formação e Investigação.

A DEUS por toda a força e bênção!

Resumo

Esta dissertação visa avaliar a realidade do *employee engagement* e *bullying* no local de trabalho na Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, EPE. Os profissionais de saúde estão expostos diariamente a situações muito exigentes, onde lidam com a vida, a esperança, o sofrimento e a morte. É fundamental a existência de uma ligação emocional e psicológica dos colaboradores com o hospital. Esta ligação tem impacto na relação com as funções, com os colegas, e com a organização de uma forma geral. O presente estudo visa avaliar o *employee engagement* destes trabalhadores, assim como a percepção dos mesmos em relação ao fenómeno do bullying no seu local de trabalho. Será também foco do nosso trabalho perceber os índices de compromisso organizacional.Este documento foi estruturado num primeiro capítulo com a apresentação e fundamentação teórica dos conceitos de Organizações Hospitalares, *Bullying* no local de trabalho e *Employee Engagement (EE*). Partindo dos objetivos da dissertação foi elaborado um questionário de recolha de dados, estruturado em quatro partes, uma primeira destinada à recolha dos dados sociodemográficos e as restantes com aplicações de escalas para medir os três conceitos, fazendo uso do recurso de escalas validadas, cientificamente, para o efeito daquilo que se pretende medir. A metodologia utilizada foi de análise quantitativa, com recurso ao tratamento de dados no programa informático IBM – SPSS - versão 28, com recurso à aplicação do teste *Utrecht Work Engagement Scale e Negative Acts Questionnaire*-Revised. A nossa amostra foi de um total de 389 indivíduos e os resultados revelaram que quanto mais comprometidos estão com ULSTS, maior será o *Engagement,* e subsequentemente menos se percecionam no papel de vítimas de *bullying*. Como principais resultados podemos apontar que as mulheres vêem-se mais como sendo vítimas de *bullying* em relação aos homens e, encontramos valores significativos dos que se dizem vítimas de *bullying* diária e semanalmente. O local onde o fenómeno ocorre é maioritariamente na sala de trabalho e não há participantes a identificarem-se como agressores! A nossa amostra apresenta-se com valores de *EE* e *CO* bastante elevados. Há índices de maior *EE* e *CO* nos divorciados/separados em relação aos casados/união de fato, assim como os mais velhos e os habilitados com o mestrado por comparação com os do 12º ano.

Palavras chave: Organizações Hospitalares; *Employee engagement; Bullying* no local de trabalho; ULSTS.

Abstract

This dissertation aims to assess the reality of *employee engagement* and *bullying* in the workplace at the Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, EPE. Health professionals are exposed to very demanding situations on a daily basis, where they deal with life, hope, suffering and death. It is essential for employees to have an emotional and psychological connection with the hospital. This connection has an impact on their relationship with their jobs, their colleagues and the organization in general. This study aims to assess the *employee engagement of* these workers, as well as their perception of the phenomenon of bullying in their workplace. This document was structured in a first chapter with the presentation and theoretical foundation of the concepts of Hospital Organizations, *Bullying* in the workplace and *Employee Engagement (EE*). Based on the objectives of the dissertation, a data collection questionnaire was drawn up, structured into four parts, the first for collecting sociodemographic data and the rest for applying scales to measure the three concepts, using scientifically validated scales for the purpose of what is intended to be measured. The methodology used was quantitative analysis, with data processed using the IBM - SPSS - version 28, using the *Utrecht Work Engagement Scale and Negative Acts Questionnaire*-Revised. Our sample consisted of a total of 389 individuals and the results revealed that the more committed they are to ULSTS, the greater their Engagement, and subsequently the less they perceive themselves as victims of bullying. As main results we can point out that women see themselves as being victims of bullying more than men and we found significant values of those who say they are victims of bullying on a daily and weekly basis. The place where the phenomenon occurs is mostly in the work room and there are no participants identifying themselves as aggressors! Our sample presents very high EE and CO values. There are higher rates of EE and CO among those who are divorced/separated compared to those who are married/in a de facto union, as well as those who are older and those with a master's degree who are more engaged than the 12º.

Key words:
Hospital Organizations; *Employee engagement*; *Bullying* in the workplace; ULSTS.

Índice

Agradecimentos iv

Resumo v

Abstract vi

Índice de Tabelas, Figuras e Quadros viii

Lista de abreviaturas ix

Introdução 10

Capítulo I – Enquadramento teórico 14

1.1 Organizações hospitalares 15

1.1.1 A singularidade das organizações hospitalares 15

1.1.2 A Pandemia por Covid19 em Organizações Hospitalares 19

1.1.3 O Serviço Nacional de Saúde e a ULSTS 21

1.2 *Employee Engagement* no local de trabalho 26

1.3 *Bullying* no local de trabalho 37

Capítulo II – Metodologia 48

2.1 Objetivos do estudo 49

2.2 Instrumentos 49

2.3 População e amostra 51

2.4 Procedimentos 53

Capítulo III – Apresentação e Discussão dos resultados 55

3.1 Análise descritiva 56

3.2 Correlações 62

3.3 Teste de Hipóteses 64

3.4 Análises exploratórias 65

Capítulo IV – Conclusões *Erro! Marcador não definido.*

Referências 76

Apêndices 89

Apêndice I – Breve História do Serviço Nacional de Saúde 90

Apêndice II – Questionário sociodemográfico 96

Índice de Tabelas, Figuras e Quadros

Tabela 1 – Características e qualidades psicométricas
Tabela 2 - Correlações de Spearman entre o *EE*, CO e o *Bullying* no Trabalho (n=378)
Tabela 3 – Sumário do Modelo preditivo do *EE* na perceção de *Bullying* (n=378)
Tabela 4 – Sumário do Modelo preditivo do *EE* na perceção de *Bullying* entre os mais frequentemente vítimas (n=25)
Tabela 5 – Sumário do Modelo preditivo do *EE* na perceção de *Bullying* (n=24)
Tabela 6 – Comparação dos valores de CO entre diferentes grupos etários (n=378)
Tabela 7 – Comparação dos valores de CO entre diferentes grupos estado civil (n=378)
Tabela 8 – Comparação dos valores de *EE* entre diferentes grupos habilitações (n=378)
Tabela 9 – Percentagem de homens e mulheres vítimas (n=76)

Figura 1 - Sexo e Idade da ULSTS
Figura 2– Proposta de modelo de *Employee Engagement*
Figura 3 – Comprometimento Organizacional e Cidadania Organizacional
Figura 4 - Modelo de Bem Estar Laboral Geral
Figura 5 – Histograma da distribuição da frequência do *EE* (n=378)
Figura 6 – Histograma da distribuição da frequência do CO (n=378)
Figura 7 - Identificação como vítima de acordo com a definição do conceito (n=378)
Figura 8 – Local onde ocorre o *Bullying* (n=108)

Quadro 1 – Modelos de *Employee Engagement*
Quadro 2 - Dimensões do *Employee Engagement* e suas características
Quadro 3 – Amostra (n=389)
Quadro 4 – Média e Desvio Padrão dos valores de *EE (n=378)*
Quadro 5 – Média e Desvio Padrão dos valores de *EE (n=378)*
Quadro 6 – Descritivos dos valores de *CO (n=378)*
Quadro 7 – Identificação e frequência com que se sente vítima de *Bullying (n=378)*

Lista de abreviaturas

ULSTS – Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, EPE

SNS – Sistema Nacional de Saúde

GRH – Gestão de Recursos Humanos

RH – Recursos Humanos

EE – *Employee Engagement*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

USF - Unidades de Saúde Familiar

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CS – Centro de Saúde

SEFI – Serviço de Ensino, Formação e Investigação

TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação

CO – Comprometimento Organizacional

UWES – *Utrecht Work Engagement Scale*

OIT – Organização Internacional do Trabalho

DGS – Direção Geral da Saúde

COVID19 (Coronavírus *Disease)* - Doença por Coronavírus 2019

WAQ-R – *Negative Acts Questionnaire – Revised*

EAPA-T - Escala de Abuso Psicológico Aplicado *en el lugar de Trabajo*

O ser humano não vive isolado, mas em constante convívio e relacionamento. A vida das pessoas agrega diversas interações com outras pessoas e com organizações. Por forma a alcançar certos objetivos, e devido às suas limitações individuais, os seres humanos são *obrigados* a cooperarem uns com os outros, formando assim organizações.

As organizações têm buscado reconhecer cada vez mais que os colaboradores são fundamentais para que em conjunto, seja possível alcançar o sucesso da organização (Kotler, 2000). Segundo Fisher (2010), as empresas que se preocupam com a felicidade e o bem-estar dos seus colaboradores propiciam um clima organizacional que estimula um sentimento de satisfação dos colaboradores, levando os funcionários a desempenharem as suas atividades com maior comprometimento, qualidade e criatividade, ou seja, o sucesso das organizações pode estar nos indivíduos que a integram, se estes forem felizes no trabalho.

A organização é composta por pessoas, e estas são responsáveis por determinar o nível de mudança internamente, tornando importante compreender o papel do trabalho, e do próprio espaço da felicidade dos colaboradores, uma vez que passam a maioria do tempo dentro de um ambiente de trabalho, o que influenciará os seus níveis de desempenho e o das organizações (Isa et al., 2019). Para Rego (2003), os colaboradores que se sentem bem no seu trabalho tendem a ser mais criativos, resilientes, físico e mentalmente mais saudáveis podendo se constituírem como uma fonte de vantagem competitiva das organizações.

O conceito de bem-estar no trabalho pode ser considerado como as emoções positivas no trabalho que abrangem a experiência de humores e emoções no setor de trabalho, tendo em conta a satisfação, o compromisso afetivo com a organização e o envolvimento com o trabalho desenvolvido (Paschoal, 2008). Um individuo satisfeito terá níveis altos de envolvimento no trabalho, o que resultará no processo de comprometimento com a organização (Siqueira & Padovam, 2008).

Robins (2008) destaca que a relação entre a satisfação e os comportamentos de cidadania organizacional é de certa forma lógica, uma vez que os colaboradores satisfeitos parecem estar propensos a falar bem da empresa, a ajudar os demais, a superar as expectativas em relação às suas tarefas e a estar dispostos a ir além das suas atribuições regulares,

sobretudo por quererem retribuir as experiências positivas, melhorando o rendimento da organização e influenciando o desempenho no trabalho.

Para Siqueira (2003), um comportamento de cidadania organizacional é caracterizado por um conjunto de ações espontâneas, as quais trazem consequências benéficas à organização como um todo, não incluídas nas exigências do papel formal nem nos esquemas formais de recompensa ou sanções previstas pela organização. Organ (1990) definia cidadania organizacional como a manifestação de comportamentos benéficos voluntários, que transcendiam as obrigações formais e possíveis garantias de recompensas contratuais.

A principal questão que impulsiona o presente estudo é a avaliação do *Employee Engagement* (*EE*) e o *bullying* no local de trabalho na Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa. Perceber como é que a Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa (ULSTS) se encontra e se caracteriza em termos de Comprometimento Organizacional. Com base neste desafio, a proposta deste estudo é analisar os índices de *employee engagement* e perceber a perceção dos colaboradores no papel de vítima de *bullying*: será que há uma relação estatisticamente significativa entre *EE* e o *bullying* no trabalho? Será a ULSTS uma organização saudável? Qual é a influência das políticas dos Recursos Humanos da ULSTS nos comportamentos de *EE*?

O nosso ponto de partida, a nossa proposição passa por encontrar uma explicação possível para as suposições: se o valor de *EE* for elevado prevê-se encontrar valores de *bullying* mais baixos? E por sua vez, se o valor de Compromisso Organizacional for elevado, prevê-se encontrar valores de *bullying* mais baixos? Com a definição destas hipóteses e com a identificação das variáveis em estudo – *EE, bullying*, organizações hospitalares e compromisso organizacional – estabelecemos o que vamos estudar, sabemos "ao que vimos" com este trabalho. Acredita-se que estas variáveis, se utilizadas como ferramentas de gestão, auxiliarão na satisfação, no comprometimento e no envolvimento dos colaboradores da ULSTS e nos comportamentos de *EE*.

Uma organização hospitalar possui características que a distingue de outras organizações, principalmente porque estão envolvidas uma multiplicidade de pessoas que cuidam de outras. E, ao tratar-se de pessoas que cuidam de pessoas, torna-se necessário considerar as suas características e expectativas próprias, e os objetivos individuais que devem ser

congruentes com os objetivos organizacionais. O envolvimento de todos os profissionais em todo este processo torna-se fundamental. É essencial que se sintam envolvidos, satisfeitos com as condições de trabalho, que tenham iniciativa e se empenhem no seu desenvolvimento pessoal e profissional. Pessoas empenhadas na organização, mostram maior disponibilidade o que se projeta no absentismo, na pontualidade, no desempenho na execução das funções e ainda nos comportamentos de cidadania organizacional. "Não há, verdadeiramente, uma ligação emocional à organização e suas finalidades. A decisão de permanecer é, em rigor, autocentrada" (Rego, 2002).

Assim, o presente estudo pretende contribuir, não só para a perceção da realidade destes profissionais, mas também contribuir para que o Conselho de Administração, com foco no serviço de gestão de recursos humanos e restantes chefias ganhem consciência de que funcionários engajados trazem mais benefícios ao hospital. Situações de *stress* e de desequilíbrio emocional podem trazer consequências nefastas para o hospital, levando ao aumento do absentismo e de um ambiente tóxico entre as equipas. Citando aqui uma afirmação de Luís Montenegro, primeiro-ministro de Portugal, do dia 07/10/2024, aquando do lançamento da obra do hospital de Todos os Santos, em Lisboa: "Sem bons recursos humanos não haverá administração pública……pois esta deverá ser competitiva e prestar bons serviços e as respostas que eles e os cidadãos precisam", de facto é fundamental *olhar* para as pessoas como o melhor capital de uma instituição. É essencial a criação de medidas ora preventivas de *bullying*, ora potenciadoras de níveis de *engagement* elevados, contribuindo para que estes colaboradores tenham uma qualidade de vida melhor, aumentando a qualidade dos serviços prestados.

No que concerne à estrutura da presente dissertação, esta encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro destina-se ao enquadramento teórico dos conceitos apresentados; um segundo onde apresentamos a metodologia utilizada, como sejam as escalas de avaliação utilizadas, o questionário sociodemográfico e a apresentação da população alvo do estudo; o terceiro capítulo incide sobre a recolha, análise, tratamento e discussão dos dados extraídos do questionário aplicado, dando destaque aos mais significativos, salientando também as limitações e autocríticas relativas ao estudo efetuado; por último, o quarto capítulo destina-se à apresentação das conclusões extraídas, dando sugestões para próximos estudos.

Neste capítulo apresentar-se-ão os conceitos de *Organizações Hospitalares, Bullying no Local de trabalho e Employee Engagement (EE)*, nomeadamente na sua origem, evolução, definição e conceitos associados. É pretensão também deste capítulo caraterizar as organizações Hospitalares no período pré, peri e pós COVID19, no que concerne à importância e responsabilidade social que detêm, à ponderação económica que têm no país, assim como enquadrá-las juridicamente. Será apresentada especificamente a Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa**,** foco principal deste estudo. Este capítulo salienta também, a importâncias que os profissionais de recursos humanos têm nas organizações enquanto promotores de bem-estar e *EE*, assim como na criação de ambientes promotores de maior cidadania organizacional.

1.1 Organizações hospitalares

1.1.1 A singularidade das organizações hospitalares

A gestão efetiva, para além das componentes administrativas, planeamento, organização, direção e controlo, impõe uma combinação de competências, conhecimentos, aptidões, atitudes e comportamentos que são transversais a diferentes tipos de organizações. As características das organizações hospitalares também se assumem como uma variável com potencialidades promotoras da qualidade dos cuidados prestados, o que sustenta a opção pelo estudo desses fatores.

Camelo (2012) refere que a singularidade das organizações hospitalares tem vindo a ser enfatizada devido à assistência a clientes em situações de saúde cada vez mais críticas, que necessitam de respostas individuais e complexas que atendam as suas necessidades. Como tal, o trabalho hospitalar exige novas competências dos profissionais que se defrontam com mudanças tecnológicas e exigências dos clientes, resultando, em muitos casos, em alterações no seu processo de trabalho. Para que se assegure o sucesso e a qualidade das organizações existem determinados fatores intrínsecos a estas características que as organizações hospitalares têm de ter em consideração, sendo uma delas a partilha e divulgação da informação, que possibilita aumentar o conhecimento e alterar comportamentos, criar ações e inovação.

Segundo Chiavenato (2006), gerir significa articular recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, averiguando custos com o objetivo de garantir a qualidade dos serviços que

prestam. Falar de organizações na sociedade atual implica reconhecer-se a sua essência e admitir que esta é uma sociedade organizada, porquanto determina as funções que deve realizar e alicerça-se numa multiplicidade de organizações, dependendo delas e da sua evolução. Todavia, ao admitir-se a importância das organizações não pressupõe reconhecer a sua supremacia sobre os indivíduos, mas aceitar que a dependência das pessoas às organizações aumenta à medida que as sociedades se fazem mais complexas. Uma organização é uma comunidade que integra uma fronteira relativamente identificável, uma ordem normativa, escalas de autoridade, sistemas de comunicação, de coordenação e de afiliação (Chiavenato, 2004). Segundo este autor, uma organização consiste na coordenação de diferentes atividades de participantes individuais com o objetivo de efetuar ações planeadas com o ambiente. As organizações são sistemas orgânicos, em que ocorre uma consciencialização coletiva dos participantes pelos seus destinos e pela orientação necessária para melhor atingir os objetivos. Assim, ainda na perspetiva do mesmo autor, as organizações são como representações sociais, que contêm objetivos conhecidos (missão, direção), onde atuam pessoas (grupo social), utilizando recursos, abrangendo a tecnologia, em conformidade com uma determinada estrutura e organização para realizar tarefas específicas.

As organizações hospitalares têm sofrido influência de vários paradigmas desde o positivista, passando pelo biológico-sistémico até ao construtivista (Frederico, 2006). Atualmente, as instituições têm uma vertente empresarial, incluindo a organização hospitalar. Refere ainda esta autora que, as organizações de saúde, na sua essência, não se distinguem dos restantes tipos de organizações, porquanto desenvolvem mecanismos para lidar com cinco problemas básicos: 1) a produção; 2) a aquisição de recursos; 3) a manutenção de um conjunto de valores; e 4) objetivos próprios, adaptação às mudanças da envolvente e gerir a sua globalidade.

O hospital é uma organização de grande complexidade e diversidade, considerado a peça central do sistema e existe para prestar cuidados de saúde. Constitui um setor estratégico da rede de prestação de cuidados de saúde (idem). Trata-se de uma organização de elevada diferenciação, constituída por meios tecnológicos e humanos, cujo objetivo central consiste na prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia, desenvolvendo a sua atividade através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação em regime de internamento ou de ambulatório. Afirma ainda a autora, “a sua eficácia depende de um

conjunto de componentes e variáveis independentes e em interação com o meio ambiente, pelo que a perspetiva sistémica constitui um bom modelo de análise" (p. 47). Portanto, o hospital, como organização que é, para além da escolha de um modelo de gestão que vá ao encontro dos fins organizacionais, deve analisar igualmente outros fatores relevantes, nomeadamente a envolvente externa, os recursos da organização e os valores, atitudes e expectativas dos seus agentes (cultura e objetivos).

Os hospitais fazem parte das organizações mais complexas da sociedade moderna e caracterizam-se pela divisão do trabalho e por um amplo e meticuloso leque de aptidões técnicas, constituindo-se como um "segmento insubstituível e dos mais significativos do Serviço Nacional de Saúde" (Ministério da Saúde, 1998, p. 7). Estes desenvolvem a sua atividade no contexto de um sistema constituído por inúmeros agentes, de índole, nível e diferenciação divergentes, interatuando com praticamente todas as expressões do tecido social e da sociedade civil (Frederico, 2006). Ainda na perspetiva da mesma autora, a relevância individual e social da sua atividade determina uma exposição sem paralelo, requerendo, por parte dos profissionais de saúde, uma grande responsabilidade em relação aos resultados dos cuidados prestados. É, assim, constituído por um conjunto de pessoas que, num ambiente dinâmico, interatuam cooperativamente estabelecendo relações entre si, num sistema estruturado, utilizando uma variedade de recursos com o fim de atingirem um objetivo comum (Chambel & Curral 2008).

Enquanto sistema, o hospital é constituído por diferentes subsistemas que se interrelacionam fazendo com que o todo seja maior do que a soma das suas partes ou elementos. Este pressuposto, inerente à teoria sistémica, tem implicações diretas na maneira como as organizações de saúde são abordadas, estudadas e compreendidas. As organizações de saúde, enquanto entidades vivas e dinâmicas, têm de possuir determinadas capacidades, nomeadamente a capacidade de se renovarem, inovarem, aprenderem e de se adaptarem às mutações internas e externas, de transformar informação em conhecimento, resolver problemas, acrescentar valor (idem).

O hospital é composto por pessoas que, de uma forma estruturada, trabalham em cooperação, e representam um meio pelo qual determinados objetivos podem ser, coletivamente, atingidos, e que um profissional de saúde, isoladamente, não consegue alcançar. Todavia, enquanto entidade social com funcionamento e ambiente próprios, impõem uma lógica particular aos seus membros, orientando os seus comportamentos, as

suas decisões e as relações de interdependência. Por outro lado, o hospital também depende das interações, dos comportamentos e das funções desempenhadas, pelos seus membros na prossecução qualitativa e eficaz dos respetivos objetivos organizacionais (Frederico, 2006; Chambel & Curral 2008).

Como não existem duas organizações iguais, cada organização de saúde apresentará, uma vivência e uma vida organizacional específicas, fruto dos diversos contextos e condicionalismos internos e externos, que a distinguem das demais. Uma das vias de estudo das organizações é o comportamento organizacional que tem implícito o tipo de organização, a sua atividade e a evolução da mesma, a visão e a missão pretendidas, a(s) cultura(s) organizacional(ais), as envolventes organizacionais, os valores, os recursos disponíveis, os resultados esperados, entre outros elementos (Chambel & Curral 2008).

Lidar com o fator humano, em qualquer circunstância, apresenta muitos desafios. Em situações críticas e complexas, como no contexto hospitalar, invadido por uma pandemia, esse desafio tem um aumento significativo. Para isso, é necessário que o gestor possua alguns requisitos primordiais já conhecidos, como comunicação efetiva, compartilhamento de responsabilidades, confiança naqueles que trabalham junto a ele e visão para reconhecer as habilidades individuais, podendo fomentar o aperfeiçoamento profissional e potencializar as ações desenvolvidas pelo serviço (Santos, 2022). Considerando que o resultado de qualquer proposta depende, direta ou indiretamente, dos recursos humanos, é preciso que os colaboradores estejam envolvidos com a missão da instituição, trabalhando em prol de uma assistência à saúde de qualidade. É necessário, portanto, que o gestor mantenha comunicação efetiva com os líderes e envolva a equipe nas decisões, desempenhando assim uma gestão transversal, gerando sentimento de valorização do colaborador e preocupação com seu bem-estar.

Os recursos humanos são de fato primordiais para as instituições de saúde, e saber geri-los facilita o alcance dos objetivos institucionais e pessoais, pois profissionais bem assistidos, valorizados e satisfeitos favorecem o funcionamento equilibrado do serviço, levando a resultados quantitativos e qualitativos satisfatórios. A dignidade humana é um direito assegurado pela constituição portuguesa, e abrange tanto os assistidos quanto aqueles que os assistem. Sendo assim, pode-se evidenciar a importância do enfoque na saúde do trabalhador, em que a satisfação profissional também se faz presente (idem). Uma boa gestão dos recursos humanos no ambiente hospitalar é essencial para promover

a saúde dos pacientes. Isso envolve a contratação adequada de profissionais qualificados, a formação contínua, a valorização dos colaboradores e a promoção de um ambiente de trabalho saudável. Além disso, a comunicação eficaz entre os membros da equipe, a definição clara de papéis e responsabilidades e o estabelecimento de canais de feedback são elementos-chave para uma gestão hospitalar eficiente (Silva et al. 2022). Investir nesse recurso possibilita ter uma equipa de colaboradores motivados, felizes e satisfeitos, o que gera melhores resultados para a empresa. É fundamental ser um bom gestor também de pessoas, mantendo o equilíbrio como foco principal.

Numa tipologia de organizações onde impera o desejo de tratar, melhor dizendo, de salvar vidas, onde o medo da morte paira 24h sobre 24h (mas também onde há vida), onde a vulnerabilidade humana reina, eis que aparece uma pandemia. Se um hospital já é um local complexo, agora todos os profissionais de saúde veem-se a braços com uma doença/praga que os levará a passar horas, dias e até meses "enclausurados" e longe das suas casas e familiares.

1.1.2 A Pandemia por Covid19 em Organizações Hospitalares

No final de dezembro de 2019, ocorreram vários casos de pneumonia causada por coronavírus, até então pertencendo a uma família de vírus comuns em diferentes animais, em Wuhan, província de Hubei, China. Este vírus espalhou-se rapidamente para outras partes da província de Hubei e em toda a China (Wang & Su, 2020). No dia 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o estado de pandemia da doença, confirmando-se mais de 820 mil casos e mais de 40 mil mortes decorrentes da infeção pelo SARS-CoV-2, até o dia 1º de abril de 2020. Os primeiros casos apresentaram pneumonia e desenvolveram Síndrome de Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) e, em alguns deles, a situação se agravou num curto período e foi a óbito por falência múltipla dos órgãos (Albuquerque, Silva, Araújo, 2020).

A Covid-19 é uma doença caracterizada por sintomas típicos gripais em níveis leve, moderado e grave, caracterizados por febre baixa a alta, diarreia, cansaço físico, tosse seca constante, falta de ar, pneumonia grave, dor muscular, tontura, dor de cabeça, dor de garganta, rinorreia, dor no peito, náusea e vómitos (Ferreira & Pena, 2020). O ano de 2020 ficará marcado na história pela crise humanística, económica e, principalmente, de saúde causada pela COVID-19.

Braciani e Muniz (2021) afirmam que com a chegada da Covid-19, as unidades de saúde do Brasil tiveram que se adaptar a essa nova realidade, com preocupação constante de não ter vagas hospitalares suficientes para população contaminada. Góis et al (2021) corroboram ao afirmar que a pandemia modificou a realidade em diversos aspetos da vida. Nos serviços de saúde não foi diferente. Por ser um vírus novo e desconhecido, inicialmente houve incertezas de quais medidas eram prioritárias e urgentes, tendo a gestão hospitalar um papel essencial para a condução e direcionamento das estratégias e métodos que seriam implementados e/ou alterados, no qual normas e rotinas de procedimentos tiveram de ser criadas e disponibilizadas para todos os profissionais envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infeção pelo novo coronavírus.

Dentre as modificações ocasionadas na gestão hospitalar pela pandemia, destacou-se o uso de tecnologias. A necessidade do uso de novos mecanismos de gestão durante a pandemia acelerou consideravelmente as transformações das técnicas utilizadas na gestão da saúde. Aplicativos de suporte administrativo, financeiro, clínico e de apoio à tomada de decisões estratégicas se popularizaram bastante e devem fazer parte do processo gestão a partir deste momento. Para Klarke e Monkhouse (1995), a tecnologia possibilita a efetiva transformação do real por ser o conhecimento científico transformado em técnica, promovendo a produção de novos conhecimentos científicos. O domínio do uso desses sistemas digitais deixou de ser uma opção e passou a ser uma necessidade da administração nesse "novo normal", onde seu protagonismo está evidente na segurança, rapidez de processamento e no armazenamento dos dados de tomadas de decisões, hoje indispensáveis para os serviços de saúde (Andrade et al., 2020).

O uso da tecnologia é uma necessidade indiscutível, entretanto, é necessário que o gestor avalie as soluções digitais existentes, e identifique antes de novas aquisições, as necessidades da instituição. Esses recursos tecnológicos são considerados como fundamentais para o enfrentamento da pandemia pela Covid-19, devido a sua capacidade de reduzir a circulação de indivíduos em estabelecimentos de saúde, diminuindo o risco de contaminação da população e a propagação da doença, possibilitando assim liberar leitos e vagas de atendimento hospitalar em favor de pacientes infetados, garantido o atendimento de pacientes portadores de doenças e comorbidades preexistentes que, embora não estejam infetados, não podem comparecer pessoalmente a consultas médicas

em razão das orientações distanciamento social (Marinho et al., 2020). Diante desse contexto, criar e implementar estratégias de atuação ágeis nos serviços de saúde deveriam incluir: 1) fluxo de atendimentos; 2) capacitação das equipes; 3) adaptações físicas/psicológicas e; 4) melhoria contínua. Sendo assim, o gestor hospitalar passa a ser considerado uma peça fundamental para o planeamento das ações que garantirão o cumprimento das melhores práticas no período pandémico.

A pandemia de Covid19 afetou Portugal, oficialmente, no dia 2 de março de 2020: foi comunicado que dois homens (um médico de 60 anos que esteve de férias no norte de Itália e um homem de 33 anos que esteve em Espanha em trabalho, testaram positivo ao SARS-CoV-2 (vírus da família dos coronavírus que, ao infetar humanos, causa uma doença chamada Covid19). De acordo com o quinto relatório da situação epidemiológica, em Portugal a 07/03/2020 encontram-se internadas 1127 pessoas, 70 das quais em unidades de cuidados intensivos. Até ao dia 10/03/2022 registaram-se 3380263 casos confirmados, com um total de 21285 mortes e de 2876177 pessoas recuperadas. De acordo com a Direção Geral da Saúde em novembro de 2021, Portugal atravessa a quinta vaga da pandemia. A mesma DGS, a partir de 10/03/2022, optou por deixar de publicar os relatórios de situação diários, passando estes a ser substituídos pelos relatórios de monitorização da situação epidemiológica da Covid19 (não incluem os dados cumulativos de infetados, recuperados e mortes).

https://pt.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_COVID-19_em_Portugal (acedido em 25/06/2024 às 18: 45h)

1.1.3 **O Serviço Nacional de Saúde e a ULSTS**

No dia 15 de setembro de 1979 foi publicada, em Diário da República, a Lei nº 56/79 que criou o Serviço Nacional de Saúde (SNS), concretizando o direito à proteção da saúde, a prestação de cuidados globais de saúde e o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, nos termos da constituição. Nos últimos 40 anos, o SNS gerou ganhos em saúde que colocaram Portugal num lugar cimeiro no que se refere à qualidade de vida de milhões de cidadãos e reduziu muitas das desigualdades na sociedade portuguesa. Ao longo destas quatro décadas, Portugal manteve-se entre os países da OCDE com menores taxas de internamento por problemas de saúde sensíveis aos cuidados de saúde primários e à diminuição da incapacidade permanente. Temos assistido ao aumento da esperança de vida saudável à nascença para homens e mulheres,

à diminuição da percentagem de pessoas que consideram não ter as suas necessidades de saúde satisfeitas, bem como ao aumento da percentagem de portugueses que classificam a sua saúde como boa ou muito boa (Ver Apêndice 1) (https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/).

Reestruturação do Serviço Nacional de Saúde

Arranca uma nova fase da organização do Serviço Nacional de Saúde. As 31 novas Unidades Locais de Saúde, a somar às 8 existentes, permitem maior integração de cuidados, garantindo mais e melhores respostas de saúde. A Generalização das Unidades de Saúde Familiar modelo B permite atribuir médico de família a mais 300 mil utentes. As ULS e USF são cruciais para a requalificação do SNS e para garantir cuidados de saúde atempados e de qualidade à população. O primeiro dia de 2024 fica assinalado pelo arranque de uma nova fase da reforma organizativa do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente pelo alargamento a todo o território nacional das Unidades Locais de Saúde (ULS) e pela generalização das Unidades de Saúde Familiar (USF) de modelo B. O alargamento das ULS a todo o país, alicerçando o SNS neste modelo organizativo, facilita o percurso das pessoas no sistema de saúde ao integrar numa única gestão os Centros Hospitalares, os Hospitais, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a Rede Nacional de Cuidados Continuados de uma determinada área geográfica. Esta integração constitui uma qualificação da resposta do SNS, simplificando os processos, incrementando a articulação entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados, aumentando a autonomia de gestão, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

As ULS permitem responder às necessidades dos cidadãos, privilegiando a proximidade, a otimização de recursos, a continuidade e a integração de cuidados, no domínio da prevenção, no plano assistencial, no tratamento e prestação de cuidados e na recuperação e reabilitação. A visão das ULS permite olhar para a Saúde além das "fronteiras" do hospital, valorizando os Cuidados de Saúde Primários e integrando outras instituições da sociedade local, nomeadamente municípios, juntas de freguesia, escolas e instituições particulares de solidariedade social, dando sentido à ideia de que a Saúde é um bem de todos e para todos, construindo uma comunidade sustentável. Simultaneamente, na senda das medidas para aumentar e melhorar o acesso à saúde, no campo dos Cuidados de Saúde

Primários, a generalização das USF alarga o número de pessoas com médico de família e valoriza os profissionais destas unidades de saúde.

Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa (ULSTS)

O Decreto – Lei nº 102/2023, de 7 de novembro, procedeu à reestruturação das entidades públicas empresariais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), através da integração dos hospitais e centros hospitalares existentes com os Agrupamentos de Centros de Saúde, adotando para isso o modelo de organização e funcionamento em unidades locais de saúde (ULS), nos termos previstos no Estatuto do SNS. Deste modo, *nasceu* a Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, E.P.E. Esta nova realidade exige uma liderança diferenciada pelo que se torna urgente dotar os conselhos de administração de dirigentes capazes de contribuir para uma gestão sólida e eficaz, assegurando uma efetiva implementação do modelo aprovado e a prestação de cuidados de saúde aos utentes, com qualidade e segurança. Assim, a ULSTS presta cuidados de saúde diferenciados. A sua área de influência abrange a região do Vale do Sousa e Baixo Tâmega, reunindo os concelhos de: Penafiel, Paredes, Castelo de Paiva, Lousada, Felgueiras, Paços de Ferreira, Amarante, Baião, Marco de Canaveses, Celorico de Basto, Cinfães e Resende.

É composta pelas unidades do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, em Penafiel; pelo Hospital São Gonçalo, em Amarante; pelo Aces do Tâmega I – Baixo Tâmega (que engloba o Centro de Saúde de Amarante, Centro de Saúde Baião, Centro de Saúde Cinfães, Centro de Saúde Marco de Canaveses, Centro de Saúde Resende e pelo serviço de Urgência Básica de Cinfães - CS Cinfães); pelo Aces do Tâmega II – Vale do Sousa Norte (composto pelo Centro de Saúde de Castelo de Paiva, Centro de Saúde Paredes, Centro de Saúde Penafiel, Centro de Saúde Rebordosa e Centro de Saúde Termas São Vicente) e pelo Aces do Tâmega III – Vale do Sousa Sul (constituído pelo Centro de Saúde Felgueiras, Centro de Saúde Lousada e Centro de Saúde Paços de Ferreira).

A ULSTS tem como missão prestar cuidados de saúde de qualidade, diferenciar os cuidados oferecidos e promover o posicionamento e articulação na rede Serviço Nacional de Saúde. Como atribuições tem, no plano da atividade clínica (a promoção da satisfação dos utentes e da melhoria da qualidade de atendimento; a dinamização do atendimento em regime de ambulatório, nomeadamente ao nível das intervenções cirúrgicas; a descentralização da prestação de cuidados de saúde, não só pela articulação com os

cuidados primários, mas também pelo maior apoio domiciliário; o desenvolvimento de novas atividades em sectores deficitários face à procura existente; o aperfeiçoamento do sistema de informação clínica e de gestão de doentes, em benefício de utentes e profissionais; parcerias com as instituições de saúde, visando gerar sinergias capazes de dar resposta em áreas assistenciais carenciadas; a rentabilização da capacidade instalada com ganhos para os doentes; a corresponsabilização das direções de serviços e gestão intermédia, através da contratualização interna de objetivos e metas anuais e a promoção de uma filosofia de participação ativa, fornecendo informação de produção e de gestão aos dirigentes dos diversos sectores.

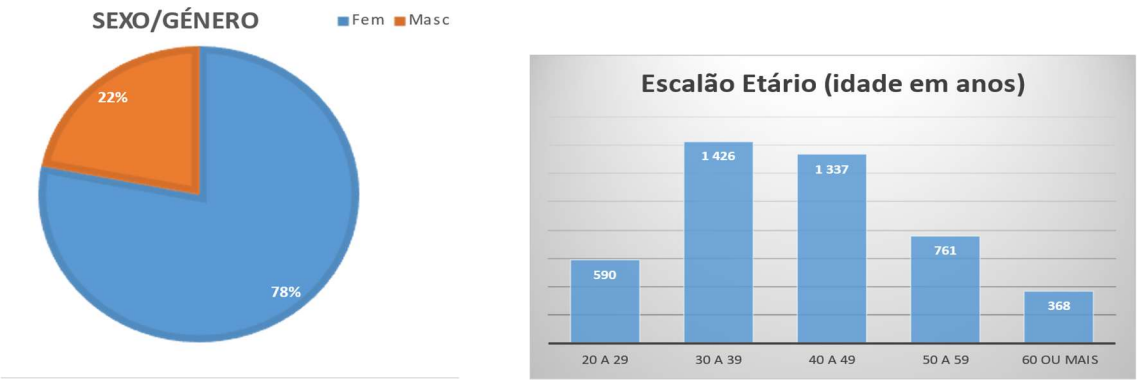
No plano da gestão de recursos humanos (a política de contenção de custos com recursos humanos; a aplicação do modelo de avaliação de desempenho a todos os profissionais, o que permitirá instituir políticas de meritocracia e de responsabilização por resultados; a formação e aquisição de competências para todos os grupos profissionais, visando aumentar a capacidade de desempenho e a qualidade do trabalho; dinamizar o ensino e investigação clínica; celebrar protocolos de cooperação interinstitucional; promover a participação em ensaios clínicos e proporcionar campos de estágio para trabalhos e estudos inovadores na área da saúde e gestão).

No plano da eficiência económica e financeira (rigor e contenção de custos, controlando a evolução os custos unitários; sustentabilidade por ganhos em proveitos do funcionamento de novas estruturas produtivas geradoras de novos encargos; utilização das tecnologias de informação e comunicação (TIC), na melhoria de processos e controlo de custos; maximização da utilização das TIC em laboratórios e automação da farmácia hospitalar; controlo e salvaguarda dos ativos da instituição; prazo de pagamento a fornecedores externos tão curto quanto possível, de forma a maximizar ganhos financeiros por benefícios negociais e uma política de aquisições e gestão de stocks ajustados, com a redução ao mínimo possível para a normal atividade do hospital e a segurança da prestação de cuidados). Por fim, no plano do investimento (o nível de investimentos em capital fixo deverá considerar a necessidade de integrar todas as ferramentas de trabalho, projetando o hospital para a segunda geração de tecnologias informáticas. Considera-se de valor estratégico para o hospital: os investimentos no processo assistencial, que permitirão ganhos de saúde e de eficiência económica; a melhoria da produção e das condições estruturais da prestação de cuidados, através de

equipamentos informáticos e tecnológicos; a utilização das tecnologias de informação ao serviço da componente assistencial global e a adequação das instalações para maximização da rentabilidade dos serviços.

A ULSTS é composta atualmente por 4482 profissionais: 3500 do sexo feminino (78%) e 982 do sexo masculino (22%). O nível de habilitações literárias com maior percentagem corresponde à licenciatura e o menor ao 7º ano de escolaridade. O vínculo profissional que possui mais colaboradores é o contrato individual de trabalho sem termo (por tempo indeterminado) – 1751 profissionais, seguido pelos colaboradores com contrato de trabalho em funções públicas – 1454 profissionais. No que ao escalão etário diz respeito, é entre os 30 e 39 anos que se apresentam mais profissionais (1426) em contraste com os 368 colaboradores que possuem 60 anos ou mais. O maior grupo profissional da ULSTS é o de enfermagem (1392), seguidos pelo pessoal médico (1020), técnico auxiliar de saúde (589), assistente técnico (565), pessoal em formação pré-carreira médica (332), técnico superior de diagnóstico e terapêutica (236) (ver figura 1).

Figura 1 - Sexo e Idade da ULSTS



1.2 *Employee Engagement* no local de trabalho

O termo *engagement* (engajamento) foi considerado pela primeira vez por Kahn (1990) como sendo um estado mental particular capaz de produzir resultados positivos, a partir da conexão do sujeito com o seu papel organizacional, esforçando e dedicando-se, por se identificar com as metas organizacionais. Schaufeli, Dijkstra e Vazquez (2013) apontam que engajamento no trabalho não é só um sentimento agradável, mas sim ser produtivo. Estudos mostram que pessoas engajadas apresentam um melhor desempenho e os setores a qual fazem parte apresentam um melhor resultado (Bakker & Leiter, 2010).

Schaufeli, Salanova, González-Romá e Bakker (2002), assim como Simpson (2009), definem *employee engagement* como sendo um estado cognitivo-afetivo positivo em relação ao trabalho que se mantém no tempo. Estes identificam três dimensões através da qual o *EE* pode ser avaliado: 1) vigor (energia); 2) dedicação (envolvimento), e 3) absorção (eficácia). Para Schaufeli e Bakker (2003) o *EE* é resultado dos recursos disponíveis no trabalho, aumentando os níveis de energia e sentimento de pertença com a função desempenhada, sendo o indivíduo mais facilmente capaz de lidar com as exigências do contexto de trabalho.

O conceito de engajamento é visto como um fenómeno que ocorre no ambiente laboral, por meio do bem-estar físico, emocional e mental, em relação ao desempenho das atividades. Caracteriza-se como fator motivacional capaz de gerar prazer nas realizações, contribuir para a saúde do trabalhador, num equilíbrio físico e psicológico em relação ao trabalho (Bakker & Demerouti, 2007). Para estar engajado, o indivíduo deve acreditar que vale a pena investir a sua energia no trabalho (Robertson-Smith, 2009).

Existem vários modelos avançados pelos investigadores e consultoras na área para tentar compreender teoricamente conceito, assim como para orientar a prática profissional. Como podemos observar no Quadro 1, existe já uma consolidada exploração do fenómeno, ainda que com bastantes diferenças entre cada uma delas. Podemos sublinhar ainda que o foco não se limita ao individuo colaborador, mas se alarga quer ao líder/gestor, quer aos múltiplos contextos onde estes operam (equipas, departamentos, organização), incluindo políticas de RH, cultura organizacional, *work life balance,* expectativas, resultados para o individuo e para a organização, entre muitas outras variáveis, que os diferentes autores consideram importantes.

Quadro 1 – Modelos de *Employee Engagement*

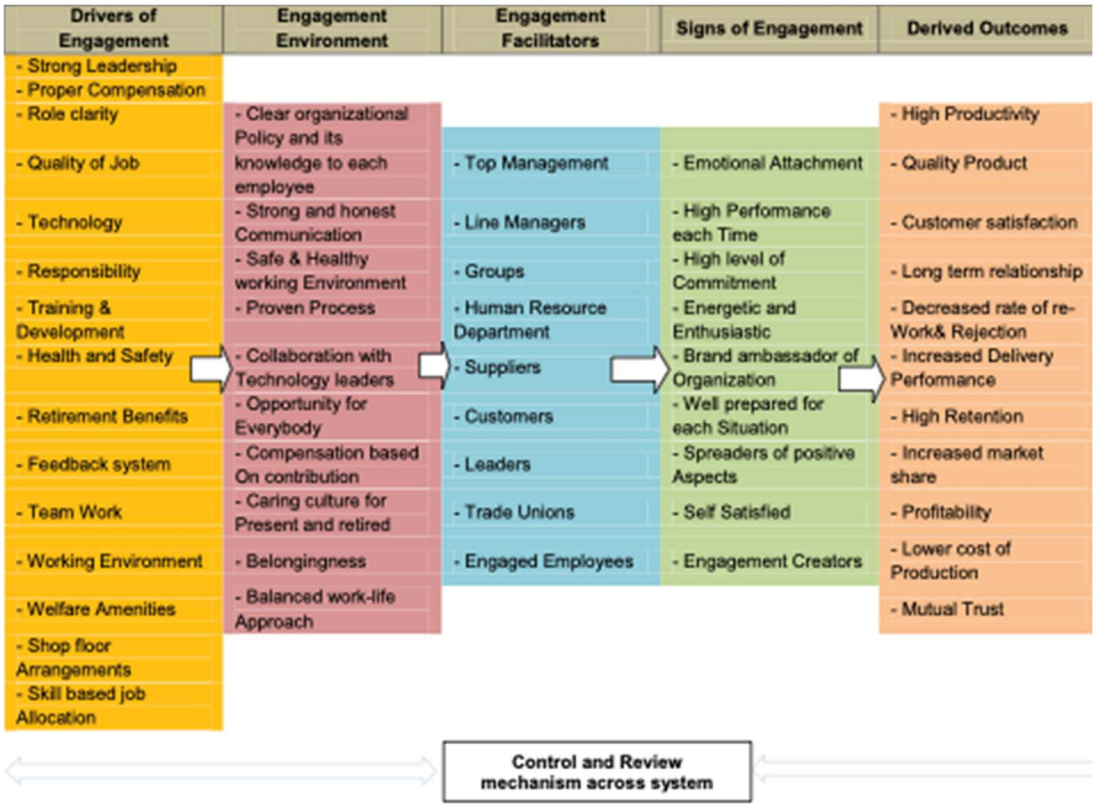
Organization	Method/Model design/Dogmas	Factors / findings
Gallup model	12 questions Categories	1. Actively Disengaged 2. Engaged 3. Not Engaged
Zinger model	Various aspects of employee involvement, dedication and the level of employee engagement 12 drivers a manager should follow and implement	1. Achieve Results 2. Craft Strategies 3. Enliven Roles 4. Excel at Work 5. Get Connected 6. Be Authentic 7. Live Recognition 8. Fully Engage 9. Identify with Organization 10. Serve Customers 11. Develop Personally 12. Attain Happiness
Hewitt model	Employee satisfaction and its impact on employee engagement Work, People, Opportunities, Compensation, Procedures, Quality of Life	1. Work Analysis 2. Sense of Accomplishment 3. Autonomy 4. Resources 5. Processes 6. Senior Leadership 7. Direct Manager 8. Co-workers 9. Valuing People 10. Career Opportunities 11. Training & Development 12. Pay and benefits 13. Recognition 14. Managing performance 15. Company Reputation 16. Brand 17. Alignment of Work Life Balance 18. Physical Work Environment.
X model	2-way benefit Full employee engagement as the crossing of maximum contribution for the organization and maximum satisfaction for the individual	1. Org. need individuals to work as team and performing at their best 2. Rise in level of employee engagement indicates increased in level of contribution toward achieving the organization's goals 3. Individuals have their own priorities/goals in terms of their career building, values, and work-life needs
BURKE / EEI model	Qualitative and quantitative assessment methods Organizational performance linked with the degree of association of employees with each of the attributes	1. Company 2. Manager 3. Job 4. Team 5. Career 6. Customers
Talent Keeper model	Inputs for employee engagement and its outcomes Employee engagement can contribute to theory organizational success beyond expectations	1. Credible Leadership 2. Supportive Co-workers 3. Job & Career Satisfaction 4. High Performing Organizations 5. Committed Employees 6. High Performing Workforce 7. Productive & Profitable Organization 8. Satisfied and Loyal Customers

Boston model	Boston consultancy group developed a model that lay down the roadmap to increase employee engagement Culture of employee engagement	1. Two-way feed-back 2. Trust in leadership 3. Career development 4. Employees understand their role in success 5. Shared decision making 6. Coaching program for newhires 7. Career 8. Conversations 9. Large group meetings
People profit model / CARE model	People profit model employee engagement is a psychological state Work and Workplace Variables	1. Expectations from work 2. Positive self esteem 3. Positive believe 4. Sense of pride 5. Passion of work and passion at work 6. Inspire others 7. Organizational effectiveness.

Fonte: Adaptado de Choudhury e Mohanty (2018)

Interessante modelo sugerido para aplicação em indústria é o apresentado por Choudhury e Mohanty (2018). Neste modelo os autores definem um conjunto de *drivers* para o sucesso do *EE*, um ambiente promotor deste *EE,* os seus facilitadores, indicadores que está a acontecer e os resultados da sua existência (Figura 2).

Figura 2– Proposta de modelo de *Employee Engagement*

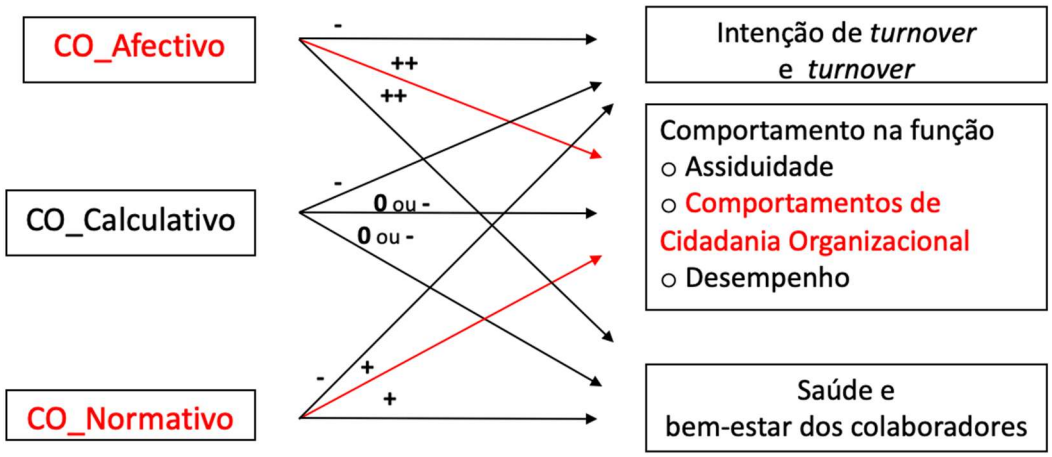


Fonte: Adaptado de Choudhury e Mohanty (2018)

Importa não confundir o conceito de *EE* com o conceito de Compromisso Organizacional (CO). É possível, por exemplo que uma pessoa esteja engajada com a sua função e não esteja comprometida com a organização, assim como o contrário também se pode verificar.

O conceito de CO está mais relacionado com o grau de ligação/conexão que um trabalhador expressa em relação ao alinhamento com a sua organização como um todo (valores, missão e objetivos), muito mais associado com a sua lealdade e permanência. O CO é entendido como a crença nos valores e objetivos organizacionais, a lealdade, o compromisso moral e o desejo de permanecer numa organização (Alrowwad et al, 2019). Observado numa perspetiva de atitudes e comportamento, o CO pode ocorrer a partir de um modelo tridimensional apresentado por 3 dimensões: Afetiva (envolvimento emocional com a empresa), Normativa (lealdade e dever moral) e Calculativa (custos da saída) (Meyer, & Allen, 1991). Como podemos ver na figura 3, existe uma relação preditiva positiva entre CO (nas dimensões afetiva e Normativa) e Cidadania Organizacional.

Figura 3 – Comprometimento Organizacional e Cidadania Organizacional



(Adaptado de Meyer, Stanley, Herscovitch & Topolnytsky, 2002)

Um estudo dirigido ao trabalho dos profissionais de saúde, abordou a relação entre o impacto do suporte social e bem-estar laboral, por meio da satisfação com o trabalho e afetos positivos (Gottardo & Ferreira, 2014). O mesmo deduz que quanto mais as pessoas se avaliam positivamente e se percebem recebendo suporte informacional, mais satisfeitas

elas se mostram com o seu trabalho. Nesta perspetiva, os autores sugerem que as equipas de trabalho da área da saúde, sejam desenvolvidas numa visão mais positiva de si mesmas, para conseguir melhores índices de autoestima e autoeficácia destes profissionais. Um estudo com 194 enfermeiros e 181 pacientes, realizado no sul da Itália, concretizado por Simone, Planta e Cicotto (2018), investigou a correlação entre satisfação com o trabalho, *EE,* autoeficácia e capacidades de agência. Os resultados apontaram para uma relação positiva entre os construtos e negativa com a relação à intenção dos enfermeiros em pedir desligamento no seu trabalho.

Mais do que um estado momentâneo e específico, o *EE* refere-se a um estado mais persistente e afetivo-cognitivo que não é focado num objeto, evento, indivíduo ou comportamento específico. O *vigor* caracteriza-se pelos altos níveis de energia e resiliência mental enquanto trabalha, vontade de investir no trabalho, e persistência em situações de dificuldade. A *dedicação* refere-se a estar fortemente envolvido no seu trabalho e experienciar um senso de significância, entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio. A *absorção* é caracterizada como estar completamente concentrado e envolvido no seu trabalho, sendo que o tempo passa rapidamente e o indivíduo possui dificuldade em desapegar-se do seu trabalho. De acordo com os conceitos acima, vigor e dedicação são considerados diretamente opostos à exaustão e desumanização, respetivamente. O contínuo que está, entre o vigor e exaustão foram denominados energia ou ativação, enquanto o contínuo de dedicação foi denominado identificação (Schaufeli & Bakker, 2001). Além disso, o *EE* no trabalho é caracterizado pelos altos níveis de energia e forte identificação com o seu trabalho. É importante que os colaboradores estejam mais do que comprometidos com a organização; que estejam de fato engajados.

Existem variadas definições do conceito de *EE,* no entanto todas assentam na dimensão emocional, cognitiva e comportamental. Implica entusiasmo, motivação e dedicação, podendo por isso variar no tempo e na intensidade. Por sua vez, o compromisso é um conceito mais centrado na dimensão formal, resultado de um contrato de trabalho, por exemplo, da qual resulta uma responsabilidade no cumprimento das obrigações contratualizadas. Vários autores, como Mark Royal e Tom Agnew (1987), David Maister (1993) e Kevin Kruse (2012), destacam a importância de ter trabalhadores engajados e não apenas comprometidos com a organização. Um trabalhador engajado sente que

pertence à organização, sente-se ouvido e parte integrante das decisões, acabando por desenvolver um sentimento de pertença. Sente que acrescenta mais valor.

Vários fatores contribuem para elevar o nível de *EE* entre eles, a comunicação no ambiente organizacional e o nível de satisfação laboral (Abraham, 2012; Mishra, Boynton & Mishra, 2014). Para Paredes (2020), o tipo de comunicação que está intrínseco nas empresas tem um elevado impacto no compromisso profissional, ou seja, quanto mais forte for a comunicação interna, maior será a construção de confiança e comprometimento com os colaboradores, levando por sua vez a um alto nível de *EE.*

Oliveira (2020) indica que os benefícios advindos do *EE* podem ser divididos em dois níveis, sendo eles o individual e o organizacional. No individual, o *EE* tem um papel essencial na promoção da saúde do trabalhador, pois origina atitudes e comportamentos positivos face ao trabalho, estimula comportamentos pró-ativos, desempenho de excelência, incrementa a motivação intrínseca e estimula a aprendizagem. No nível organizacional, o *EE* estimula comportamentos organizacionais positivos, orienta na persecução de políticas de gestão de recursos humanos e desta forma, coopera para o êxito da organização. Salanova e Schaufeli (2009) definem que a avaliação do *EE* no trabalho é composta por um componente comportamental-energético (vigor), um componente emocional (dedicação) e um componente cognitivo (absorção) (Quadro 2).

Quadro 2 - Dimensões do *Employee Engagement* e suas características

Dimensões	Características
Vigor	Altos níveis de energia; Persistência; Desejo de esforçar-se no trabalho; Resiliência mental, considerando-se as atividades laborais.
Dedicação	Estar plenamente concentrado (involved) na realização do trabalho; Inspiração; Orgulho; Desafio; Objetivo; Significado; Entusiasmo.
Absorção	Estar plenamente concentrado e feliz na realização do trabalho; Sensação de que o tempo passa "voando"; Dificuldade de desligar do trabalho;

Fonte: Adaptado de Porto-Martins, Basso-Machado e Benevides-Pereira (2013).

As três dimensões, vigor, dedicação e absorção são vantajosas para ambos os lados envolvidos, estrutura organizacional e colaborador, gerando assim fatores competitivos (Bakker, Schaufeli, Leiter, & Taris, 2008). Outros autores caraterizam *EE* no trabalho como um estado psicológico, associado a um estado afetivo emocional, motivacional e social positivo, sendo assim, o indivíduo sente prazer em realizar suas atividades sempre relacionadas ao trabalho, levando as pessoas a um sentimento de realização persistente no tempo (Kobernovicz & Stefano, 2020; Porto-Martins, Basso-Machado & Benevides-Pereira, 2013).

Os trabalhadores estão mais engajados no trabalho em situações em que estão psicologicamente mais disponíveis (Saks, 2006). Colaboradores engajados têm altos níveis de energia, são entusiasmados com o seu trabalho e muitas vezes estão totalmente imersos nos seus empregos de tal forma que o tempo passa despercebido (Bakker, Schaufeli, Leiter & Taris, 2008). Se a disponibilidade for um preditor positivo de engajamento (Saks, 2006), qualquer fator que atrapalhe essa disponibilidade afeta negativamente o vigor e a dedicação do trabalhador no desempenho da sua tarefa ou função. Colaboradores engajado*s* frequentemente experimentam emoções positivas (felicidade, alegria e entusiasmo), criam o seu próprio trabalho e recursos pessoais e transferem o seu engajamento para os outros (Bakker & Demerouti, 2008). Esses colaboradores têm um bom desempenho e estão dispostos a ir além (Bakker et al., 2008). Além disso, colaboradores *engajados* têm um senso de conexão enérgica e eficaz com as suas atividades de trabalho, percebendo-se como capazes de lidar bem com as reclamações dos seus empregos (Schaufeli, Bakker, & Salanova, 2006).

Os níveis de *EE* podem ser mensurados dentro de qualquer organização. Para isso, poderá ser utilizado o questionário *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) (Esteves, 2013). O UWES é uma medida amplamente utilizada que avalia o *EE* no trabalho (Meng & Jin, 2017). O UWES foi traduzido para 23 idiomas diferentes e aplicado em uma variedade de contextos culturais (Vallières, McAuliffe, Hyland, Galligan & Ghee, 2017). Fazem parte deste instrumento questões como: “No trabalho sinto-me forte e vigoroso” (para avaliar a dimensão vigor); “sou entusiasta no meu trabalho” (para avaliar a dimensão dedicação) e “sinto-me implicado no meu trabalho” (para avaliar a dimensão absorção).

Portanto, o UWES é composto por três dimensões avaliativas, sendo o *vigor*, a *dedicação* e a *absorção*, que se centralizam nas experiências positivas vivenciadas no ambiente de

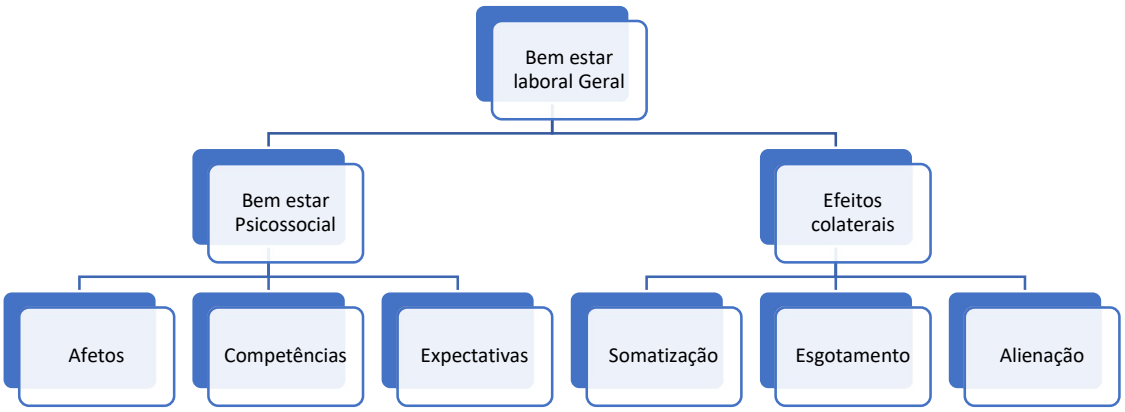
trabalho (Salanova & Schaufeli, 2007). Schaufeli, Bakker, & Salanova, 2006, ressaltam que o *vigor* descreve a disposição de perseverar diante dos obstáculos no local de trabalho ou a disposição de continuar a investir esforços no trabalho quando confrontado com um desafio. A *dedicação* implica um forte envolvimento no trabalho e, por meio desse trabalho, a pessoa experimenta um senso de desafio, orgulho e inspiração (Schaufeli & Bakker, 2003). Colaboradores com níveis elevados de dedicação veem o seu trabalho como significativo e inspirador. Por fim, a *absorção* é definida como estar felizmente absorvido e concentrado no próprio trabalho, onde o tempo parece passar muito rapidamente e onde a pessoa tem dificuldade em se desligar do trabalho (Schaufeli & Bakker, 2003).

Em 2020, um dos fatores que pode ter tido interferência no *EE* no trabalho foi o aparecimento da pandemia da COVID-19. Perante este grande desafio, a sociedade e empresas em todo o mundo "sofreram", tanto nos aspetos técnicos quanto físicos, e com repercussões sociopsicológicas nunca vistas (Carnevale & Hatak, 2020). Ruiz-Frutos, Ortega-Moreno, Allande-Cussó, Ayuso-Murillo, Domínguez-Salas e Gómez-Salgado (2021) avaliaram os efeitos da COVID-19 na saúde física e mental de trabalhadores não ligados à saúde e a relação desses fatores no *EE* no trabalho, num coletivo de trabalhadores, excluindo-se trabalhadores da área da saúde durante o período de confinamento na Espanha, diferenciando aqueles que trabalham fora de casa, por pertencer a atividades consideradas essenciais, e aquelas que tinham que trabalhar em casa. Os autores observaram que o nível geral de *EE* está associado ao nível de sofrimento psíquico. Em níveis baixos de *EE,* observam-se percentagens mais altas de angústia (77,9%) do que em níveis intermediários (62,8%) e altos (55,8%). Essa mesma tendência é observada tanto no grupo de trabalhadores que trabalham fora de casa quanto entre os que trabalham em casa.

O bom relacionamento dos líderes com seus subordinados, assim como as ações das empresas no suporte aos seus colaboradores para o desenvolvimento de suas atividades por meio do auxílio de tecnologias, capacitação por meio de encontro virtuais, e outros, podem aumentar o *engajamento* dos colaboradores durante períodos de pandemia. Chanana e Sangeeta (2020), dizem que mais do que em qualquer outro momento, a liderança, em tempos difíceis, precisa ser mais visível, assumindo responsabilidades e motivando os liderados.

O *EE* pode ser visto como uma antítese do *Burnout (*Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), caracterizando-se pela energia, envolvimento e eficácia e que são características opostas às três dimensões do *Burnout* (exaustão, cinismo e ineficácia). No seguimento desta ideia, Gonzalez-Roma, Schaufeli, Bakker e Lloret (2006) afirma que as principais dimensões do *Burnout* (exaustão e cinismo) são opostas às principais dimensões do *Employee engagement* (vigor e dedicação). Blanch e colaboradores (2011), consideram que nem sempre o *employee engagement* tem efeitos negativos nos indivíduos e nas organizações, principalmente se estivermos a considerar formas de intensidade, duração e frequência inadequados de absorção no trabalho. Não é difícil compreender que um trabalhador com níveis de *EE* demasiado elevados, fica exposto a um grau de exaustão e stresse, que em nada beneficiam a sua saúde e a sua produtividade a longo prazo. Estes autores chamam a atenção para um equilíbrio e moderação no incremento do *EE* nas organizações, na medida em que pode ser arriscado e incorreto do ponto de vista da humanização do trabalho (Figura 4).

Figura 4 - Modelo de Bem Estar Laboral Geral



Fonte: Adaptado de Blanch, Sahagún, Canteram& Cervantes (2010)

Foi realizado um estudo de caso numa Instituição Particular de Solidariedade Social – de Soure (APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente) elaborado para Dissertação de Mestrado em Marketing e Comunicação, na especialidade de Gestão de Marketing, apresentada ao Departamento de Comunicação e Ciências Empresariais da Escola Superior de Educação de Coimbra e ao

Departamento de Gestão da Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Oliveira do Hospital - Coimbra 2020, com o objetivo de percecionar se os colaboradores desta IPSS se sentem motivados para a realização da sua atividade profissional, se estes se encontram laboralmente satisfeitos e de que forma isso se repercute no *engagement* no trabalho. Após delinear os objetivos a atingir: 1) Avaliar se os colaboradores estão satisfeitos e motivados; 2) Perceber quais os fatores que mais geração motivação por parte dos colaboradores; 3) Compreender de que forma a motivação (interna e externa) dos colaboradores se repercute nas competências do *engagement* no trabalho. 4) Efetuar sugestões para que a organização possa fomentar a motivação dos colaboradores com impacto no *engagement*), e recolha e tratamento dos dados, o investigador conclui que: o grupo foi composto por 61 colaboradores, em grande maioria do género feminino (88,52%), situando-se o maior grupo etário (23 indivíduos) em idades compreendidas entre 40 e os 49 anos. As habilitações académicas predominantes são o ensino básico (38%) e o ensino secundário (38%). 59 dos inquiridos afirmaram participar nas várias iniciativas, o que equivale a 96,72% dos colaboradores, e apenas dois disseram não participar (3,28%).

Este indicador é de extrema importância para o estudo, contribuindo para percecionar o comprometimento dos recursos humanos com a organização. No âmbito das motivações internas (ou intrínsecas), 96,72% dos colaboradores (54,10% concorda e 42,62% concorda totalmente) consideram-se pessoas com grande motivação, o que, per si, é um grande atributo e contributo para o desempenho de funções, refletindo-se no sentido de compromisso com o seu trabalho. Acresce a este facto que 75,41% (55,74% discorda e 19,67% discordam totalmente) não consideram que o seu trabalho seja monótono. 63,93% dos inquiridos responderam que habitualmente desenvolvem estratégias para alcançar as suas metas, conferindo um elevado grau de motivação pessoal. 60,66% dos inquiridos afirmou estar sempre envolvido no seu trabalho e 29,51% respondeu quase sempre. Já quando questionados sobre se sentem força e energia quando estão a trabalhar, 45,90% responde que sempre e 37,70% quase sempre. Confrontados com a prossecução do seu trabalho mesmo quando as coisas não estão bem, o grau de concordância para sempre atingiu os 49,18% e 29,51% quase sempre. Com a observação de estes exemplos, podemos verificar a presença de uma caraterística sintomática do *engagement,* que é o *vigor*, manifestado por elevados níveis de energia, empenho ou resiliência mental em cumprir as tarefas. Nas respostas

apuradas perante os níveis de entusiasmo com o seu trabalho, 45,90% dos inquiridos mostra-se sempre entusiasmado e 37,70% quase sempre; e confrontados com o sentem relativamente ao que fazem, 62,30% diz que está sempre orgulhoso e 26,23% quase sempre, evidenciando a noção de dedicação do conceito de *engagemen*t, que se traduz em entusiasmo em desempenhar as suas funções e ver significado nas atividades realizadas (Bakker et al., 2008; Salanova et al., 2000). Com a análise da dificuldade sentida em desligar-se do trabalho (31,15% diz que quase sempre e 29,51% sempre) e com sensação de que o tempo passa a voar enquanto se encontram a trabalhar (45,90% afirma que quase sempre e 31,15% sempre), denota-se a caraterística do conceito de *engagement*, definida por Bakker et al. (2008) e Salanova et al., (2000) como absorção, assente em perda de noção do tempo ou dificuldade em distanciar-se da vida profissional mesmo em períodos de lazer. O investigador concluiu que os dados apurados permite identificar satisfação laboral nos colaboradores, que se manifesta em elevados padrões de motivação e que, por sua vez, tem impactos muito positivos no envolvimento na organização, consolidando a aplicação do conceito de *engagement* no trabalho.https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33067/1/Rute%20do%20Bem%20-%20Motiva%C3%A7%C3%A3o%20e%20Engagement%20no%20Trabalho%20-%20Vers%C3%A3o%20Difinitiva.pdf, acedido em 07 outubro 2024.

1.3 *Bullying* no local de trabalho

A primeira referência ao fenómeno de *bullying* no ambiente de trabalho surgiu nos Estados Unidos em 1976, apresentada pela psiquiatra Carroll Brodsky no livro "The harassed worker" (Einarsen et al., 2020). Desde então tem havido um notável aumento na investigação sobre este tema em diversas partes do mundo. O termo *bullying* deriva de "bully" e é associado a comportamentos agressivos e repetitivos (Einarsen et al., 2020). Embora não haja um significado específico para o termo, ele pode ser entendido como a ação de ameaçar, tiranizar ou oprimir uma pessoa. O *bullying* é um fenómeno antigo e conhecido como "brincadeiras de mau gosto", onde pessoas movidas pela disputa de liderança, pelo preconceito, pelo poder sobre o mais fraco para se sobressair no seu grupo social, perseguem e intimidam outras pessoas.

O *bullying* no contexto profissional, conforme definido por Einarsen et al. (2020) e Leymann (1996), refere-se a "ações e práticas repetidas, conscientes ou inconscientes, que são indesejadas pelos trabalhadores e causam humilhação, ofensa e angústia". Essas ações, predominantemente de natureza psicológica, incluem comportamentos hostis dirigidos sistematicamente a um ou mais colegas ou subordinados, resultando na estigmatização e vitimização dos indivíduos afetados por estes comportamentos. O *bullying* envolve uma exposição persistente a comportamentos agressivos repetidos e duradouros, não sendo um evento isolado, mas sim um conjunto de comportamentos negativos que podem interferir no desempenho profissional e no ambiente de trabalho.

Leymann (1996) sugeriu que esses eventos deveriam ocorrer pelo menos uma vez por semana e por um período superior a seis meses. No entanto, é possível que a exposição a comportamentos negativos seja observada em períodos mais curtos, uma vez que a duração média do *bullying* em vários estudos oscila entre seis e doze meses (Zapf et al., 2020). Na maioria dos casos, o *bullying* é um processo que evolui gradualmente; nas fases iniciais as vítimas são frequentemente sujeitas a comportamentos hostis que são difíceis de identificar devido à sua natureza indireta e discreta e apenas mais tarde surgem atos agressivos mais diretos (Leymann, 1990; Nielsen & Einarsen, 2018).

O *bullying* tem uma origem multifatorial requerendo uma análise abrangente do fenómeno não apenas do ponto de vista organizacional, mas também considerando as perspetivas individual e social (Organização Internacional do Trabalho, 2020). No âmbito

individual, os antecedentes do *bullying* abrangem fatores demográficos e traços de personalidade, tanto das vítimas como dos agressores (Karatuna et al., 2020). Os preditores ao nível organizacional incluem a liderança, características do trabalho e a cultura organizacional (Nielsen & Einarsen 2018).

As consequências do *bullying* no trabalho são vastas e abrangem o bem-estar individual das vítimas, mas também têm impacto nas dinâmicas organizacionais e na sociedade em geral. As vítimas de *bullying* experimentam problemas de saúde mental e física, interferindo diretamente no desempenho profissional e levando a uma redução da produtividade e qualidade do trabalho (Karatuna et al., 2020). O ambiente hostil pode também prejudicar o desenvolvimento de competências e habilidades, comprometendo o crescimento profissional das vítimas (OIT, 2020). O *bullying* contribui ainda para a criação de um ambiente de trabalho tóxico, afetando não só as vítimas, mas também colegas que testemunham ou são conscientes desses comportamentos, isso pode resultar em desmotivação, desconfiança e deterioração nas relações interpessoais (Nielsen & Einarsen, 2018). A persistência do *bullying* pode levar a uma elevada rotatividade de pessoal, uma vez que as vítimas podem optar por abandonar o emprego para escapar da situação abusiva (Nielsen & Einarsen, 2018). O *bullying* é uma situação não aceitável nem tolerável, criando situações de perda, de vulnerabilidade e até de luto.

A identificação como vítima

Tem havido alguma investigação relativa ao estigma da identidade de vítima, sendo muitas vezes objetivamente claro que a pessoa está a ser vítima (nomeadamente de assédio), mas com maior dificuldade a própria vítima o afirma para si mesma ou perante outros. Devemos, pois, ter algum cuidado em interpretar os dados de medidas de comportamentos em termos de autorrelato em situações delicadas quanto esta do *bullying* no local de trabalho.

A psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross, na sua obra "Sobre a morte e o morrer", formulou as cinco fases do luto: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. O modelo de sofrimento de Kübler-Ross pode ajudar a entender as fases/os estágios do *bullying:* a vítima de *bullying* inicialmente prefere não entrar em contacto com a realidade, opta por não falar sobre o assunto ("Isto não pode estar a acontecer"), passando pelo ("Porquê eu? Não é justo.") deixando-se deambular pela fase de negociação e

depressão até à fase de aceitação (“Vai ficar tudo bem. Eu consigo lutar contra isto.”). Há uma enorme dificuldade em a vítima olhar-se como vítima.

Não sendo um tema muito estudado, é nossa intenção focar exatamente no saber como as pessoas se autointitulem. Quisemos reconhecer e perceber o problema da afirmação e declaração de que se está naquela identidade – a de *vítima.* Apesar de o saber, sentir e muitas vezes o afirmar, há aquele momento de aceitar esse papel, e aí há poucas vítimas que realmente o vestem. Podemos ter esta evidência analisando estas duas notícias recentes sobre a posição e exposição de papel de vítimas:

Francesa drogada e violada pelo marido tornou-se no rosto da luta contra a violência

Gisèle Pelicot, tornou-se no símbolo da luta contra a violência sexual em França. Este sábado, milhares de pessoas reuniram-se em manifestações de apoio às vítimas, por toda a França. Foram sobretudo mulheres, que pediram uma pena pesada para Dominic Pelicot, o marido da vítima. Gisèle Pelicot, a francesa que durante anos foi drogada pelo então marido para que pudesse ser violada por dezenas de homens enquanto estava inconsciente, tornou-se no símbolo da luta contra a violência sexual em França. Gisele Pelicot, a vítima, pediu que a audiência fosse aberta para tornar o caso público e aumentar a consciencialização sobre o tema.

Vítimas de abusos dizem que “cansaço” leva algumas a desistir de indemnização da Igreja

Vítimas de abusos dizem que “cansaço” leva algumas a desistir de indemnização da Igreja. Algumas vítimas de abuso sexual no contexto da Igreja Católica em Portugal "estão a desistir" de pedir indemnização, considerando que estão a querer derrotá-los "pelo cansaço", disse esta quinta-feira à Lusa uns responsáveis da Associação Vítimas de abusos dizem que “cansaço” leva algumas a desistir de indemnização da Igreja. António Grosso, da associação que reúne vítimas de abuso sexual na Igreja, adiantou ter conhecimento de "algumas pessoas que já não estão para ir à comissão de avaliação, que vão desistir", por considerarem que "isto já é muita chatice, nunca mais se resolve".

Apesar de não expressar o sentimento de uma vítima de *bullying*, são exemplos/ testemunhos de vítimas que “deram a cara” querendo transmitir à sociedade que estar no papel de vítima deveria ser algo que não fosse visto como “uns coitadinhos, uns fracos”.

Outro exemplo do receio ou vergonha de se expor como vítima é o caso dos A.A. (alcoólicos anónimos). A vergonha e o estigma social sobre este, e outros temas (por exemplo vítimas de violência doméstica, racismo, toxicodependência, homossexualidade, ideias suicidas, etc) levam ao anonimato das vítimas. Foi nossa preocupação ao estudar a variável sobre *bullying* na ULSTS, dar ênfase apenas à avaliação subjetiva, mais qualitativa – incidir a investigação apenas neste item.

Ninguém gosta de estar no papel de vítima, muito menos demonstrar essa "fragilidade". Quisemos correr esse risco. Sabendo que a população em estudo maioritariamente trabalha por turnos e vive num "corre/corre" no seu trabalho no hospital, e em conversas informais com a diretora do Serviço de Formação e Investigação (SEFI), percebemos a dificuldade que os investigadores têm para conseguir obter respostas para os seus estudos (daí também optar por realizar um questionário mais pequeno). Pretendemos mesmo saber até que ponto os profissionais da ULSTS se auto intitulam como vítimas de *bullying* e se serão capazes de se auto identificarem como tal. Apesar de na literatura isto aparecer pouco estudado, nós desejamos "no meio desta imensa escuridão, encontrar um bocadinho de luz".

Relativamente à avaliação do fenómeno, segundo Keashly (2010), existem dois métodos pelos quais os investigadores avaliam a exposição ao *bullying*: operacional (objetiva) ou auto rotulagem (subjetiva). Na visão de Nielsen, Notelaers e Einarsen, 2011, a combinação dos dois métodos também tem sido utilizada. Os instrumentos de avaliação mais referenciados na bibliografia consultada são o Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT) e o Negative Acts Questionnaire (NAQ), bem como algumas versões dos mesmos. Em Portugal, Carvalho (2007) realizou um estudo de validação do LIPT-60 numa população de enfermeiros e Araújo, McIntyre e McIntyre (2009) fizeram o mesmo com o NAQ-R.

O NAQ, escala constituída por 23 itens que descrevem atos negativos de natureza pessoal e relacionados com o trabalho, foi baseado na literatura e em estudos de casos (Einarsen, Hoel e Notelaers, 2009). Posteriormente foi revisto, dando origem a uma nova versão, o Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R), constituída por 22 itens. O NAQ-R analisa a frequência e a persistência da exposição das pessoas inquiridas a estes 22 comportamentos, em que, de acordo com a sua experiência no local de trabalho, nos últimos seis meses, as pessoas indicam quantas vezes têm sido sujeitas a estes

comportamentos, numa escala que vai desde nunca a diariamente (Einarsen et al., 2011). Esta medida inclui três fatores inter-relacionados: *bullying* pessoal, bullying relacionado com o trabalho e *bullying* fisicamente intimidante (Einarsen et al., 2011; Einarsen, Hoel e Notelaers, 2009). Esta escala permite identificar se as pessoas são alvo de *bullying* no trabalho, permitindo também distinguir, entre estas, as que enfrentam agressões ocasionais e as que enfrentam *bullying* no sentido mais estrito, tendo em conta a natureza e a gravidade da sua exposição (Einarsen, Hoel & Notelaers, 2009**.**

Tal como o LIPT-60, também o NAQ-R foi validado para a população portuguesa e aplicado em alguns estudos, tais como os de Sá (2008), Araújo (2009), Verdasca (2010) e Borges (2012). Outras escalas existem para além das referidas. Uma delas é a Escala de Abuso Psicológico Aplicado en el Lugar de Trabajo (EAPA-T), desenvolvida e validada por Escartín et al. (2010), onde foram diferenciadas quatro categorias de *bullying*: controlo e manipulação do contexto de trabalho, abuso emocional, descrédito profissional e desvalorização de papel. Os resultados obtidos pelos autores sustentam a ideia de que os quatro tipos de *bullying* no local de trabalho tendem a consequências potenciais diferentes. Identificar quais os tipos de *bullying* no local de trabalho e os comportamentos predominantes nas organizações podem ajudar no desenvolvimento de intervenções mais precisas e orientadas para os reduzir (ibidem).

Embora existam escalas para avaliar a exposição a este fenómeno, Hogh, Mikkelsen e Hansen (2011) referem que é necessária pesquisa sobre *bullying*, nomeadamente que permita clarificar análises de causa e efeito, bem como mais pesquisa sobre as consequências individuais do *bullying*, a fim de aumentar o conhecimento sobre a interação entre vários fatores. Estes autores mencionam a importância dos esforços comuns no que diz respeito ao aumento da consciência do fenómeno nas empresas, bem como na sociedade em geral.

Hoel et al. (2011) mencionam que estudos de natureza qualitativa podem representar um caminho a seguir, nomeadamente para explorar o significado para o indivíduo de comportamentos, tais como o absentismo e mobilidade. Segundo Keashley e Jagatic (2011), é necessário saber mais sobre os atores, não tanto em termos de quem são, mas sim como eles entendem e interpretam os seus próprios comportamentos, bem como incidir pesquisas sobre as pessoas que presenciam ou observam e outros que estão direta e indiretamente envolvidos. Os estudos envolvendo testemunhas ou observadores

também podem ajudar a desvendar a complexidade da interação entre o *bullying* e fatores como a produtividade, absentismo e mobilidade (Hoel et al. 2011). Existem evidências empíricas que indicam uma prevalência generalizada do *bullying* no contexto de trabalho de enfermagem em diversos países e contextos de cuidados de saúde (Goh et al., 2022).

A revisão conduzida por Lever et al. (2019) revelou que a prevalência de *bullying* no local de trabalho entre enfermeiros é estimada em 26,3%. Esta estimativa foi substancialmente superior à taxa de prevalência de 11 a 18%, reportada por uma revisão sistemática com meta-análise não relacionada com a enfermagem (Nielsen et al., 2010). A taxa de prevalência acima da média observada no setor da saúde pode ser atribuída a diversos fatores, incluindo o ambiente altamente stressante enfrentado pelos profissionais de saúde em todo o mundo (Borges, 2023).

Um estudo realizado sobre o *bullying* em enfermeiros e assistentes operacionais num hospital da Região Norte feito por Cunha et al (2024), concluiu que a prevalência de *bullying* variou conforme os diferentes critérios, sendo os comportamentos mais comuns associados às subescalas de Qualidade/Sobrecarga de Trabalho e Subvalorização do Trabalho. No que respeita às características sociodemográficas e profissionais, observou-se uma relação entre a idade, o tempo de experiência profissional, o pluriemprego e o departamento com a subescala de Qualidade/Sobrecarga de Trabalho; a categoria profissional e o pluriemprego com a subescala de Exclusão; o horário de trabalho com a subescala de Subvalorização do Trabalho e o tempo de experiência profissional com a subescala de Intimidação. Estes achados enfatizam a necessidade premente de uma cultura organizacional consolidada por lideranças positivas, onde a premissa de "violência zero" no ambiente de trabalho seja não apenas um ideal, mas uma prática concreta.

Considera-se que a investigação dedicada ao estudo do *bullying* nos contextos da saúde desempenha um papel fundamental na consciencialização dos profissionais sobre a exposição aos riscos psicossociais e sensibiliza os gestores para a importância da promoção da saúde e do bem-estar no ambiente de trabalho. Além disso, oferece uma compreensão mais aprofundada da complexidade e desafios enfrentados no ambiente de trabalho em saúde, fornecendo uma base sólida para a procura de soluções e intervenções adequadas.

Conclui-se que o *bullying* no local de trabalho não se trata de um qualquer conflito, nem é um fenómeno estático, mas sim um processo em escala, em que a pessoa vítima de *bullying* enfrenta crescentes ataques em intensidade e em frequência (Einarsen, 2002). O *bullying* é visto como um conjunto de atitudes que podem ser de violência física e/ou psicológica, de cunho intencional e repetitivo, exercido por um agressor contra uma ou mais vítimas que não conseguem se defender. As suas ações envolvem humilhação, agressão, palavrões, ameaças, isolamento, exclusão, chantagem, entre outras. Geralmente ocorrem por meio de "brincadeiras" com o verdadeiro propósito de maltratar e intimidar o outro.

Fonte, (2005) afirma: (…) As consequências podem atingir também o processo de socialização, causando retraimento, dificuldades no relacionamento e na tomada de iniciativa e decisão. Os problemas podem atingir até a saúde das vítimas, desencadeando diversos sintomas e doenças de fundo emocional, como dores de cabeça e de estômago, febre, vómitos, alergias, fobias, depressão etc. (Fonte, 2005. pag.28 e 29).

É necessário discutir estratégias de prevenção e produção de uma Cultura de Paz, que promovam um modelo de relações que facilite a coexistência pacífica, fomente uma comunicação aberta e bilateral, incentive e estimule o diálogo e o respeito, facilite o relacionamento interpessoal, proporcione uma resolução eficaz dos conflitos, oferecendo cidadania e construindo relações sociais baseadas na justiça, igualdade, respeito, liberdade e na ausência de todo e qualquer tipo de violência (UNESCO, 2017; Martin et al., 2018), bem como estratégias que orientem as vitimas e os serviços de saúde (Schoeninger et al., 2021).

Os desafios do mundo dinâmico e contemporâneo, as transformações das práticas de trabalho nos serviços de saúde e a complexidade do ser humano, exigem que haja alternativas reflexivas e eficazes de combater a violência laboral. Diante desse cenário, observa-se a importância de desenvolver intervenções intersectoriais e multidisciplinares de formação, informação, sensibilização, prevenção e combate do *bullying* nos serviços de saúde. Se um trabalhador se sente vítima de *bullying*, ou trabalha num ambiente onde isso acontece, o seu empenho e dedicação com a empresa será certamente afetado negativamente. O trabalhador adequa os seus comportamentos de acordo com as circunstâncias organizacionais que avalia como sendo favoráveis ou desfavoráveis para si, decorrendo daí atitudes e comportamentos que ajudem a organização ou que a afetem.

O indivíduo reconhece os seus direitos e obrigações para com a entidade empregadora, numa atitude de dar e esperar receber um tratamento igualitário. É essencial a existência de uma troca social entre o trabalhador e a organização, criando um vínculo positivo com o trabalho, onde impere a satisfação e envolvimento de todos.

A GRH tem um papel fundamental na criação de laços de comprometimento e comportamentos de cidadania organizacional. As práticas e políticas de RH devem reger-se na perceção de justiça e envolvimento de todos os seus colaboradores. O bem-estar da organização está diretamente ligado ao seu desempenho e competitividade, ou seja, a saúde organizacional é um elemento estratégico para o sucesso das instituições. Sendo assim, as lideranças precisam preocupar-se com a saúde organizacional, pois quanto mais saudável uma organização é, melhor será a qualidade dos seus processos e, consequentemente mais motivados estarão os seus funcionários.

Jacinta Sá (2021), numa investigação com trabalhadores de uma empresa de transportes em Portugal verificou-se que não existia uma relação negativa significativa entre a exposição ao *workplace bullying* e o envolvimento no trabalho.

Integrado no Projeto "INT-SO - Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha", desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativa, do tipo correlacional, transversal com os objetivos de identificar nos enfermeiros a presença de *bullying* e *engagement,* analisar a variação do *bullying* e *engagement* em função de características sociodemográficas e profissionais e analisar a associação entre o *bullying* e o *engagement.* Optou-se por uma amostra por conveniência, tendo participado no estudo 173 enfermeiros. Para a recolha de dados utilizou-se um questionário organizado em três grupos para a avaliação sociodemográfica e profissional, do *bullying*, utilizando-se o Negative Acts Questionnaire-Revised 22 itens (NAQ-R) (Einarsen e Hoel, 2001; traduzida para português por Araújo, Mcintyre e Mcintyre, 2004; e adaptada em enfermeiros portugueses por Borges e Ferreira, 2015 e do *engagement*, utilizando-se a Utrecht Work Engagement Scale nove itens (UWES) (Schaufeli e Bakker; 2003; traduzida para português por Marques Pinto e Picado, 2011).

O investigador definiu como questão de investigação: Qual a relação entre o *bullying* e o *engagement* nos enfermeiros dos cuidados de saúde primários de uma das ilhas do

arquipélago dos Açores? Este estudo foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, integrado no Projeto "INT-SO [Internacional - Saúde Ocupacional] – Porto - 2016. Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha", de natureza quantitativa, do tipo correlacional e transversal, com a finalidade de contribuir para a elaboração de programas que promovam a saúde laboral dos enfermeiros.

Com a sua realização pretendeu-se concretizar os seguintes objetivos: 1) Identificar a presença de *bullying* e de *engagement* nos enfermeiros; 2) Analisar a variação do *bullying* e do *engagement* em função de características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros; 3) Analisar a associação entre *bullying* e *engagement*. A população alvo foi constituída por enfermeiros que exerciam funções em cuidados de saúde primários numa ilha dos Açores. A amostra foi constituída por 173 enfermeiros, resultando numa taxa de adesão de 73,6%. O instrumento de recolha de dados selecionado foi um questionário, que foi entregue a cada enfermeiro junto com um envelope para que, após preenchimento, fosse colocado no seu interior e selado pelos próprios. Para o tratamento de estatística descritiva e inferencial dos dados foi usado o Statistical Package for the Social Sciences, versão 22 (SPSS22). Após recolha e tratamento dos resultados, o investigador constatou que no presente estudo, quanto à prevalência de *bullying* nos enfermeiros, em função do critério 1 [resposta em pelo menos um dos 22 itens do NAQ-R no valor 4 (semanalmente) ou 5 (diariamente)] foi de 22,0%; em função do critério 2 [autorrotulagem através do item 23 do NAQ-R, situando-se no valor 3 (sim, de vez em quando), 4 (sim, várias vezes por semana) ou 5 (sim, quase todos os dias] foi de 9,2%; e em função do critério 3 (resposta positiva simultaneamente ao primeiro e segundo critérios) foi de 6,9%. Foi possível determinar, não apenas a prevalência de *bullying,* mas também, a frequência dos atos negativos. Em função do critério 1 verificou-se que os itens 3 (Ser obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências) e 4 (Retirarem ou substituírem responsabilidades chave da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis) foram os mais prevalentes. Os itens com menor prevalência - 15 (Ser alvo de "partidas" por parte de pessoas com quem não se dá bem) e 22 (Ameaças de violência ou mesmo sofrer de abuso físico) pertencem à subescala Intimidação.

Nos estudos de Borges (2012) e Sá (2008) verificam-se resultados semelhantes; os itens 3 e 21 foram os mais prevalentes. No estudo de Borges (2012) os itens com prevalência menor pertencem às subescalas Intimidação e Exclusão. No estudo de Sá (2008) os itens 15 e 22 foram pouco prevalentes. Em função da variável sexo verificou-se que, tendencialmente, os enfermeiros ocuparam um nível superior, quanto à perceção de serem alvo de *bullying,* em relação às enfermeiras. Sá (2008) e Borges (2012) também não verificaram resultados significativos. Oliveira (2013), através do critério *subjetivo* obteve uma taxa de prevalência de 8.7%, esta percentagem é superior à obtida por Verdasca (2010) - 5.9% - e bastante inferior à obtida por Araújo (2009) – 15.5%.

Salin (2015) concluiu que, para os homens, trabalhar numa profissão dominada pelo outro sexo constituiu um fator de risco para se tornarem alvo de *bullying.* Relativamente à variável idade verificou-se que os enfermeiros mais novos (idade igual ou inferior a 37 anos) apresentaram perceção mais elevada de atos negativos associados à Qualidade/Sobrecarga de trabalho e Subvalorização do trabalho. As enfermeiras posicionaram-se numa posição superior, quanto aos níveis de *engagement*, comparativamente aos enfermeiros. Em relação à variável idade verificou-se tendência para correlação positiva com o *engagement* e para médias superiores, no engagement total e subescalas, nos enfermeiros com idade mais elevada (38, ou mais anos). Em função da variável habilitações literárias verificou-se uma tendência para médias superiores, no *engagement* total e subescalas, nos enfermeiros com pós-graduação. Correia (2012) verificou, igualmente, que os enfermeiros com habitação literária superior à licenciatura (mestrado) apresentaram, tendencialmente, médias mais elevadas de *engagement* total, Vigor, Dedicação e Absorção. Os enfermeiros com formação pós-graduada (variável habilitações literárias), com idade mais elevada (resultados estatisticamente não significativos) e mais anos de experiência profissional (resultados estatisticamente significativos) apresentaram níveis mais elevados de *engagement*.

Como conclusão, o investigador expos que há uma presença de *bullying* nos enfermeiros; revelou a existência de resultados significativos em função das variáveis sociodemográficas e profissionais - o *bullying* foi mais frequente em enfermeiros mais novos, associado à Subvalorização do trabalho e Qualidade/Sobrecarga de trabalho, em enfermeiros com ajuda para cuidar de pessoa dependente, associado à Subvalorização do trabalho, nos enfermeiros com horário rotativo e nos enfermeiros com perceção de stress

no trabalho, associado ao NAQ-R total, Exclusão e Qualidade/Sobrecarga de trabalho; divulgou presença de bons níveis de *engagement* dos enfermeiros; existência de resultados significativos em função de variáveis sociodemográficas e profissionais - verificaram-se níveis mais elevados de *engagement* nos enfermeiros do sexo feminino, associado ao *engagement* total e subescalas, com parceiro, associado à Dedicação, com filhos, associado ao *engagement* total e subescalas, sem ajuda para cuidar de pessoa dependente e com mais anos de experiência profissional, associado ao *engagement* total e Absorção, em horário fixo e sem perceção de stress, associado ao *engagement* total e subescalas; existe uma relação negativa entre o *bullying* e o *engagement*.

http://hdl.handle.net/10400.26/17531 acedido em 07 outubro 2024

Notícia/vídeo de 28/06/2023 às 22:20 h (3m 1s) da CNN – jornalista Andreia Jorge Luís com o título: ***Profissionais do Amadora – Sintra recusam trabalho suplementar após queixa de bullying e assédio moral.*** *https://cnnportugal.iol.pt/videos/profissionais-do-amadora-sintra-recusam-trabalho-suplementar-apos-queixas-de-bullying-e-assedio-moral/649c93e60cf2dce741bed707(O serviço de cirurgia geral do Hospital Amadora-Sintra pode estar à beira do colapso. Os profissionais recusam-se a fazer trabalho suplementar, já a partir do próximo mês. Isto porque, em agosto, vão voltar ao serviço dois elementos - um deles o antigo diretor - que estiveram suspensos durante três meses. As equipas denunciaram bullying, o que retaliou e denunciou alegadas más práticas que foram descartadas pelas autoridades de Saúde. Os profissionais já entregaram minutas de indisponibilidade e alertam: a situação vai ter "um impacto devastador na prestação de cuidados aos doentes.")*

Este capítulo pretende apresentar a metodologia utilizada. Para tal foi estruturado em subcapítulos. O primeiro destina-se à apresentação do estudo em si; o segundo, apresentar os procedimentos utilizados na divulgação da recolha dos dados; o terceiro visa explicar os instrumentos de recolha de dados utilizados; o quarto visa caracterizar a população alvo e o quinto explicar os procedimentos adotados para analisar e tratar os dados recolhidos.

2.1 Objetivos do estudo

O objetivo do estudo em causa é avaliar o *employee engagement* (EE) e *bullying* no local de trabalho na Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, abordando também o grau de comprometimento organizacional. Pareceu-nos de extrema importância estudar e avaliar quer os índices de *employee engagemet*, quer os níveis de *bullying* de todos os colaboradores da ULSTS (neste último, especificamente perceber como os profissionais deste hospital se vêm no papel de vítima). Verificar se existe uma relação positiva entre o Comprometimento Organizacional e os níveis de *EE*; perceber se os índices de *bullying* variam consoante as funções desempenhadas e verificar se existe relação negativa entre os níveis de *employee engagement* e o *bullying*. Decidimos ainda explorar as principais variáveis consoante as características demográficas e profissionais.

2.2 Instrumentos

Para este estudo, adotou-se uma abordagem quantitativa – estudo transversal – baseada num inquérito por questionário a realizar a profissionais de todas as categorias profissionais a trabalhar nesta Unidade Local de Saúde.

O questionário, segundo Gil (1999) pode ser definido "como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc." Para Marconi e Lakatos (2003), o questionário é um instrumento de colheita de dados, constituído por uma série de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do investigador. O questionário utilizado no presente estudo contém diversas perguntas, sendo que todas são fechadas e diretas, sendo uma forma de objetivar as respostas (Carmo &Ferreira, 2008). Partindo dos objetivos da dissertação foi elaborado um inquérito por questionário composto por quatro dimensões a explorar, sendo elas:

I – Caracterização sociodemográfica e profissional
II – *Employee Engagement (Utrecht Work Engagement Scale* - UWES)
III – Comprometimento Organizacional
IV – *Bullying* no trabalho (perceção de vítima) (NAQ-R – Item 23)

O método quantitativo é conclusivo, e tem como objetivo quantificar um problema e entender a dimensão dele. Este tipo de pesquisa fornece informações numéricas sobre comportamentos e reúne dados suficientes a respeito de um grupo-alvo específico. Os resultados da pesquisa quantitativa devem ser mensuráveis. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados revelam um retrato real de toda a população alvo da pesquisa.

No questionário elaborado – no *Google Forms* - elegemos apenas algumas variáveis, por considerar essenciais e mensuráveis na realização do estudo. Poderiam ser utilizados mais itens no questionário, poderiam ter sido estudadas mais variáveis, poderia ter sido aplicado o questionário noutras instituições, mas quisemos arriscar, de sendo um trabalho mais curto e com uma avaliação mais subjetiva, obter a perceção real dos colaboradores

Durante todo o processo houve alguma pressão por parte de alguns pares, mas como afirmou Winston Churchill: "A lição é a seguinte: nunca desista, nunca, nunca, nunca. Em nada. Grande ou pequeno, importante ou não. Nunca desista. Nunca se renda à força, nunca se renda ao poder aparentemente esmagador do inimigo."

No dia 4 de março de 2024, e após vários contatos pessoais com o serviço de ensino, formação e investigação da ULSTS (SEFI), foi entregue em formato papel todos os documentos necessários e exigidos pela comissão de ética. Em 15 de abril recebemos via email indicação por parte do SEFI da autorização do conselho de administração do hospital para realização do estudo, autorização concedida em reunião de CA de 11/04/2024. A 23 de abril enviamos para o SEFI o texto com o link a solicitar a divulgação para todos os profissionais da ULSTS.

No dia 09 de maio, e após várias insistências pessoais e por telefone junto do SEFI, é finalmente divulgado para todos os profissionais (via email) por parte do serviço de comunicação o texto com link a solicitar contributo no preenchimento do inquérito. Por forma a *trabalhar* os dados da amostra, foi solicitado ao SGRH a caracterização dos RH

da ULSTS – população do estudo, quanto às variáveis da idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, tipo de vínculo e cargo.

2.3 População e amostra

Para a aplicação do instrumento de recolha de dados foram selecionados os profissionais que compõem a ULSTS. À data de 03 de junho de 2024, a ULSTS possui um total de 4482 trabalhadores (dados fornecidos pelo SGRH): 3500 do sexo feminino (78%) e 982 do sexo masculino (22%). O nível de habilitações literárias com maior percentagem corresponde à licenciatura (1 992 pessoas) e o menor ao 7º ano de escolaridade (2 colaboradores). De destacar que 1 059 são detentores do grau de mestre, 855 possuem o 12º ano de escolaridade e 163 o 9º ano. Apenas 12 colaboradores têm o doutoramento e há 6 pessoas com apenas o 4º ano. O vínculo profissional que possui mais colaboradores é o contrato individual de trabalho sem termo (por tempo indeterminado) – 1751 profissionais, seguido pelos colaboradores com contrato de trabalho em funções públicas – 1454 profissionais. No que ao escalão etário diz respeito, é entre os 30 e 39 anos que se apresentam mais profissionais (1426) em contraste com os 368 colaboradores que possuem 60 anos ou mais. O maior grupo profissional da ULSTS é o de enfermagem (1392), seguidos pelo pessoal médico (1020), técnico auxiliar de saúde (589), assistente técnico (565), pessoal em formação pré-carreira médica (332), técnico superior de diagnóstico e terapêutica (236), etc.

A área de influência da ULSTS abrange a região do Vale do Sousa e Baixo Tâmega, reunindo os concelhos de: Penafiel, Paredes, Castelo de Paiva, Lousada, Felgueiras, Paços de Ferreira, Amarante, Baião, Marco de Canaveses, Celorico de Basto, Cinfães e Resende. É composto pelas unidades do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, em Penafiel; pelo Hospital São Gonçalo, em Amarante; pelo Aces do Tâmega I – Baixo Tâmega (que engloba o Centro de Saúde de Amarante, Centro de Saúde Baião, Centro de Saúde Cinfães, Centro de Saúde Marco de Canaveses, Centro de Saúde Resende e pelo serviço de Urgência Básica de Cinfães - CS Cinfães); pelo Aces do Tâmega II – Vale do Sousa Norte (composto pelo Centro de Saúde de Castelo de Paiva, Centro de Saúde Paredes, Centro de Saúde Penafiel, Centro de Saúde Rebordosa e Centro de Saúde Termas São Vicente) e pelo Aces do Tâmega III – Vale do Sousa Sul (constituído pelo Centro de Saúde Felgueiras, Centro de Saúde Lousada e Centro de Saúde Paços de Ferreira).

Quadro 3 – Amostra (n=389)

Variáveis	Categorias	Frequência	Percentagem
Género	*Feminino*	*302*	*79,9%*
	Masculino	74	19,6%
	Outro	2	0,5%
Idade	20-29	24	6,3%
	30-39	72	19,0%
	40-49	*169*	*44,7%*
	50-59	89	23,5%
	>=60	24	6,3%
Estado civil	Solteiro	75	19,8%
	União de facto/casado	*262*	*69,3%*
	Separado/Divorciado	35	9,3%
	Viúvo	6	1,6%
Nível de escolaridade	3º ciclo	14	3,7%
	12º ano	123	36,2%
	Licenciatura	*167*	*44,2%*
	Mestrado	71	18,8%
	Doutoramento	3	0.8%
Tipo de vínculo contratual	*Tempo Indeterminado*	*194*	*51,3%*
	Resolutivo certo	10	2,6%
	Individual por tempo indeterminado	131	34,7%
	Termo certo	15	4,0%
	Tempo incerto	14	3,7%
	Prestação de serviços	5	1,3%
	outro	9	2,4%
Cargo que ocupa	Direção	9	2,4%
	Chefia intermédia	22	5,8%
	Funcionário	*338*	*89,4%*
	Outra	9	2,4%
Sexo do superior hierárquico	Masculino	154	4º,7%
	Feminino	*224*	*59,3%*

Itálico – Categorias mais elevadas

Dos 4482 profissionais que compõem a ULSTS, responderam ao questionário 389: 3500 do sexo feminino (80,2%) e 982 do sexo masculino (19,3%). A maioria dos respondentes encontra-se no intervalo de idades entre os 40 e os 49 anos (44,7%), seguida dos de 50 a 59 anos (23,9%). Por outro lado, a faixa etária com menos respostas corresponde a trabalhadores com 60 anos ou mais. De referir que a maioria da população da ULSTS se situa no escalão etário entre 30 e 39 anos (1426) seguido dos de 40 a 49 anos (1337). No que respeita às habilitações literárias apura-se que 44,7% das respostas são de profissionais detentores de licenciatura, seguidos de 32,6% com o 12º ano de escolaridade e 18,3% com mestrado. Relativamente ao tipo de vínculo laboral verifica-se que a maioria dos respondentes possui um CTFP (Contrato de trabalho em funções públicas): 51,4%, seguido de CIT (Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado): 34,4%, sendo

o vínculo com menos respostas os PS (Prestadores de serviço): 1,3%. Quanto ao cargo que ocupam, a maioria das respostas (89,7%) corresponde a "funcionários" – onde se englobam todas as categorias profissionais. 5,7% das respostas são de chefias intermédias e 2,3% de direção. 59,9% têm como superior hierárquico uma mulher e, 40,1% um homem – vai de encontro aos 78% de mulheres e 22% dos homens da amostra. Ao que ao estado civil diz respeito: 69,9% são casados/as ou em união de fato, seguido de 9,3% de divorciados/as ou separados/as 19,3% de solteiros e por últimos viúvos/as 1,5%.

2.4 Procedimentos

Depois da recolha de dados, procedeu-se à sua análise estatística. Para esta análise foi utilizado o software IBM – SPSS (International Business Machines Corporation – Statistical Package for the Social Sciences): foi solicitado ao Gabinete de Apoio e Inovação da Educação – Núcleo de Educação do ISCAP - IPP autorização para instalação do programa SPSS, que prontamente responderam ao pedido. (*Gab. de Apoio e Inovação Educação - Núcleo de Educação* <gaie.edu@iscap.ipp.pt> *Assunto: Acesso SPSS. Como solicitado segue o software SPSS para instalação e código de autorização para colocar após a instalação. Link para o software:*https://ipppt-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/informatica_iscap_ipp_pt/EhHXnnZTrmxEhHEzG-ZKM28BDAxgure8jB8EqQkyLiLNAQ?e=SF6vRP*).*

Serão usadas estatísticas descritivas, pois pretende-se sumarizar e descrever um conjunto de dados. A estatística descritiva preocupa-se em sintetizar os dados de maneira direta, preocupando-se menos com variações e intervalos de confiança dos dados. O principal objetivo é descrever os dados observados, alinhando as seguintes atribuições: a obtenção, organização, redução e representação dos dados estatísticos de forma a auxiliar a descrição do fenómeno observado. Serão usadas estatísticas correlacionais entre variáveis, para denotar o grau em que as variáveis estão linearmente relacionadas. Pretende-se procurar e explorar relações que possam existir entre variáveis, exceto a relação de causa-efeito. O estudo das relações entre variáveis é descritivo porque não há a manipulação de variáveis, sendo a predição o tipo de relação mais frequentemente estabelecida. Serão também usadas estatísticas comparativas, pois pretende-se estabelecer comparações entre os dados obtidos, a fim de compreender diferenças ou semelhanças. Identificar tendências.

Todo o processo procurou, por fim, responder a critérios de *validade* e *fidelidade* de forma a garantir a qualidade informativa dos dados (Coutinho, 2011), ou seja, que o investigador "fala do que deve falar e mede o que deve medir" (Amado, 2000, p. 58). A *validade* dos dados diz respeito à ligação inferencial entre os dados empíricos e os modelos teóricos, (Lessard-Hébert et al., 2012) no fundo, com o rigor das categorias. A *fiabilidade* consiste num indicador de consistência da codificação que garante que os dados empíricos foram resultado independente do contexto, instrumento ou investigador (Coutinho, 2011).
Verificamos que a o *alfa de cronbach* da escala de *EE* foi de ,94, sendo usada como variável unidimensional, o que permite um grau de confiança em termos de fidelidade da escala. A escala de Comprometimento Organizacional teve um *alfa de cronbach* mais modesto (,64), mas ainda assim com fidelidade razoável.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Aqui faremos uma descrição sucinta dos principais resultados encontrados nas análises estatísticas efetuadas na base de dados obtida. Iniciaremos por dados de cariz mais descritivo, seguiremos posteriormente para dados mais correlacionais, depois por estudos mais comparativos e por último, análises de predição.

3.1 Análise descritiva

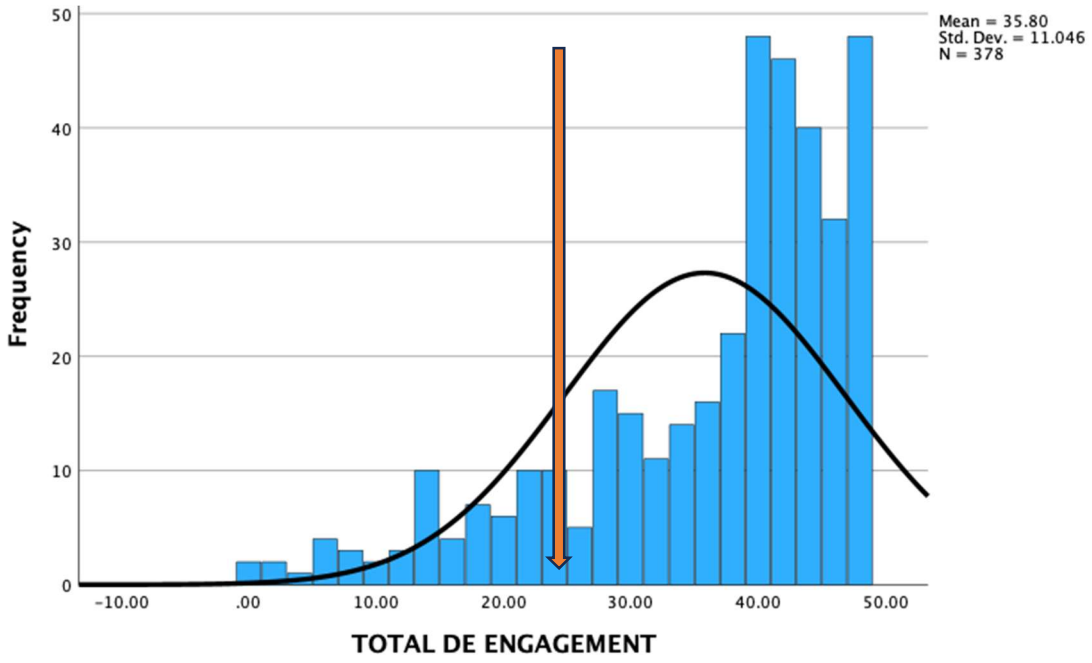
Employee Engagement (EE)

O *EE* dos trabalhadores da ULSTS parecem ser bastante positivos, pois que a média (35,8), a moda (40) e a mediana (40) da amostra participante neste estudo é elevada, tendo em conta o valor mínimo (0) e máximo (48,0) possíveis na escala (quadro 3 e figura 3).

Quadro 4 – Média e Desvio Padrão dos valores de *EE (n=378)*

Média	35.8042
Mediana	40.0000
Moda	40.00
Desvio Padrão	11.04578
Mínimo	.00
Máximo	48.00

Figura 5 – Histograma da distribuição da frequência do *EE* (n=378)



Legenda: A seta laranja indica o ponto intermédio da escala

Como podemos observar pelos dados fornecidos no Quadro 4, os itens que aparecem com valores mais elevados são os que se associam ao propósito e significado (5,03), assim como o de orgulho com o trabalho (4,85) ou envolvimento (4,81). Embora com valores ainda elevados, tendo em conta a média da escala que varia de 0 a 6 pontos, os itens 6 "sinto-me feliz quando trabalho intensamente" e "meu trabalho inspira-me", são os que apresentam dados mais baixos do conjunto (4,0 e 4,13 respetivamente).

Quadro 5 – Média e Desvio Padrão dos valores de *EE (n=378)*

Item	**n**	**Média**	**DP**
2. Eu acho que o trabalho que realizo é cheio de significado e propósito:	*378*	*5.03*	*1.417*
7. Estou orgulhoso/a com o trabalho que realizo:	*378*	*4.85*	*1.531*
8. Sinto-me envolvido com o trabalho que faço:	*378*	*4.81*	*1.540*
9. Para mim o meu trabalho é desafiador:	378	4.58	1.655
3. No trabalho, sinto-me com força e vigor:	378	4.26	1.605
1. No meu trabalho, sinto-me repleto de energia:	378	4.20	1.575
4. Estou entusiasmado com meu trabalho:	378	4.14	1.716
5. O meu trabalho inspira-me:	378	4.13	1.787
6. Sinto-me feliz quando trabalho intensamente:	378	4.00	1.933

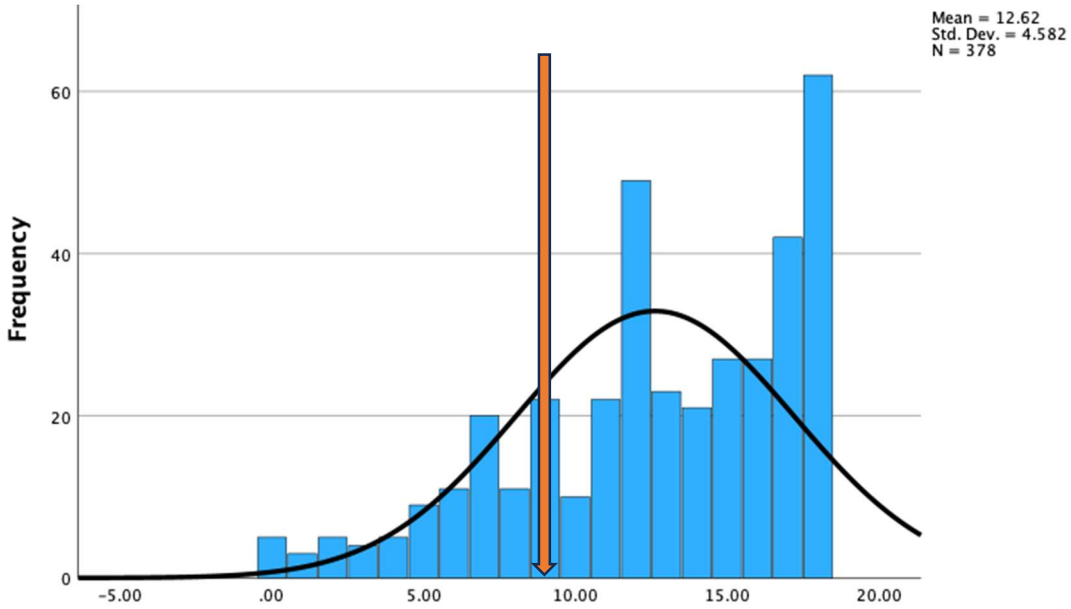
Comprometimento Organizacional (CO)

O *CO* dos trabalhadores da ULSTS parecem ser bastante positivos, pois que a média (12,6), a moda (18,0) e a mediana (13,0) da amostra participante neste estudo é elevada, tendo em conta o valor mínimo (0),0 e máximo (18,0) possíveis na escala (quadro 5 e figura 5).

Quadro 6 – Descritivos dos valores de *CO (n=378)*

Média	12.6243
Mediana	13.0000
Moda	18.00
Desvio padrão	4.58248
Mínimo	.00
Máximo	18.00

Figura 6 – Histograma da distribuição da frequência do CO (n=378)



Legenda: A seta laranja indica o ponto intermédio da escala

EE e *CO* – Discussão dos resultados

A nossa amostra mostrou-se bastante engajada com o trabalho. Os valores obtidos revelam um *EE* bastante positivo, o que conduz a um comprometimento organizacional também bastante positivo. O envolvimento parece ser mais relevante quando relacionado com propósito e significado do trabalho/tarefas que exercem.

Existe uma correlação forte entre o *EE* e o orgulho e envolvimento que sentem com o trabalho que realizam todos os dias. Se o valor do *EE* for alto, então é esperado que o comprometimento organizacional também o seja: de acordo com os nossos respondentes, é altamente significativo. 45,5% sentem orgulho com o trabalho que realizam todos os dias, e 43,4% afirmam estar envolvidos diariamente. Ao sabermos se os colaboradores gostam do que fazem, sabemos se gostam da instituição? As pessoas podem estar engajadas com as suas tarefas, mas não se sentirem envolvidas com a instituição. Ou vice-versa. Os nossos achados dizem que o índice de *EE* tem impacto na vontade de não sair da ULSTS, isto é, há uma correlação positiva entre estas variáveis: quando encontramos 57,3% que afirmam verem-se a trabalhar na ULSTS nos próximos dois anos; 36, % dizem raramente pensar em procurar outro emprego e, o orgulho em trabalhar na ULSTS arrecada 29,6% das respostas. Apesar de termos dados mais baixos, mas ainda assim elevados quando questionados se se sentem felizes quando trabalham intensamente e se

o trabalho que fazem é inspirado, apraz dizer que pessoas engajadas com o seu trabalho, serão colaboradores mais felizes e que é preciso ver que as empresas também necessitam de pessoas felizes e entusiastas (pelos menos, as empresas nas quais vale a pena trabalhar!).

Estes dados vão ao encontro dos estudos de Porto e Tamayo (2003), que dizem que o profissional que apresenta comportamentos de cidadania organizacional mostra-se mais engajado com a sua função e apresenta resultados mais satisfatórios, sendo pautado pela vontade de desenvolver um trabalho que gera satisfação organizacional para a organização e para si mesmo. Quando os índices de *engagement* e de comprometimento organizacional são bons, poderá esta união, esta entreajuda não só daquele de quem cuida, mas daquele que também é seu colega e companheiro de jornada, conduzir a uma capacidade de dar mais, de se superar mesmo na sua exaustão. No entanto não nos podemos dissociar de que estes profissionais não são máquinas, de que se esgotam e de que o período de pandemia foi o período que mais exigiu deles. Apesar de ser um valor baixo, encontramos na nossa amostra uma relação significativa de que se o valor de CO for elevado, prevê-se encontrar valores de *bullying* mais baixos.

Estudos de Siqueira (2001), explicam que à medida que o indivíduo esteja comprometido com a organização que o emprega, ele tende a estar satisfeito com o trabalho que desempenha, emitindo com maior frequência comportamentos de cidadania organizacional e manifestando baixa intenção de deixar a organização. Outro estudo que vai ao encontro dos dados obtido nessa pesquisa, foi de Siqueira e Gomide Jr. (2004), sobre antecedentes do comprometimento afetivo e satisfação no trabalho, que revelam que empregados comprometidos afetivamente e satisfeitos são os que apresentam menores índices de rotatividade, absentismo e intenção de sair da empresa, mostrando assim mais desempenho no trabalho.

Fizemos uma análise de correlação entre EE e CO e verificamos a sua significativa relação positiva. Tal como nos diz a literatura e a lógica. Os resultados obtidos vão um pouco ao encontro dos objetivos inicialmente definidos. Conseguimos perceber que quanto maior o envolvimento com a ULSTS e com o trabalho que realizam (*EE),* mais dedicados e comprometidos estão os colaboradores - maior o valor do CO. No campo do compromisso organizacional, encontramos o chamado *engagement* total, onde aqui podemos referir a regra dos três terços: há os pouco engajados (33%), aparecem os muito engajados (33%) e ainda os imensamente engajados (33%). Será que existe diferença, em

termos de *bullying*, nestas três populações diferentes? Quem serão os mais engajados? Os achados dizem que os que se identificam como sendo vítimas de *bullying* diária ou semanalmente, apresentam valores estatisticamente significativos. Os mais engajados, não são vítimas de *bullying*.

Encontramos uma grande diferença de *EE* entre os casados/união de fato e os divorciados/separados. O CO destes últimos é mais significativo. Estarão mais "livres" para trabalhar mais horas no hospital? Dedicam mais tempo ao seu trabalho para manter "a cabeça ocupada"? Ou será também que, sendo o hospital um ponto de encontro entre vários novos colegas e utentes/doentes, haverá um ambiente mais propício a relações sociais? Não conseguimos chegar a estas conclusões com os resultados que obtivemos, são apenas suposições que lançamos que poderão ser aprofundadas e confirmadas (ou não) em futuras pesquisas.

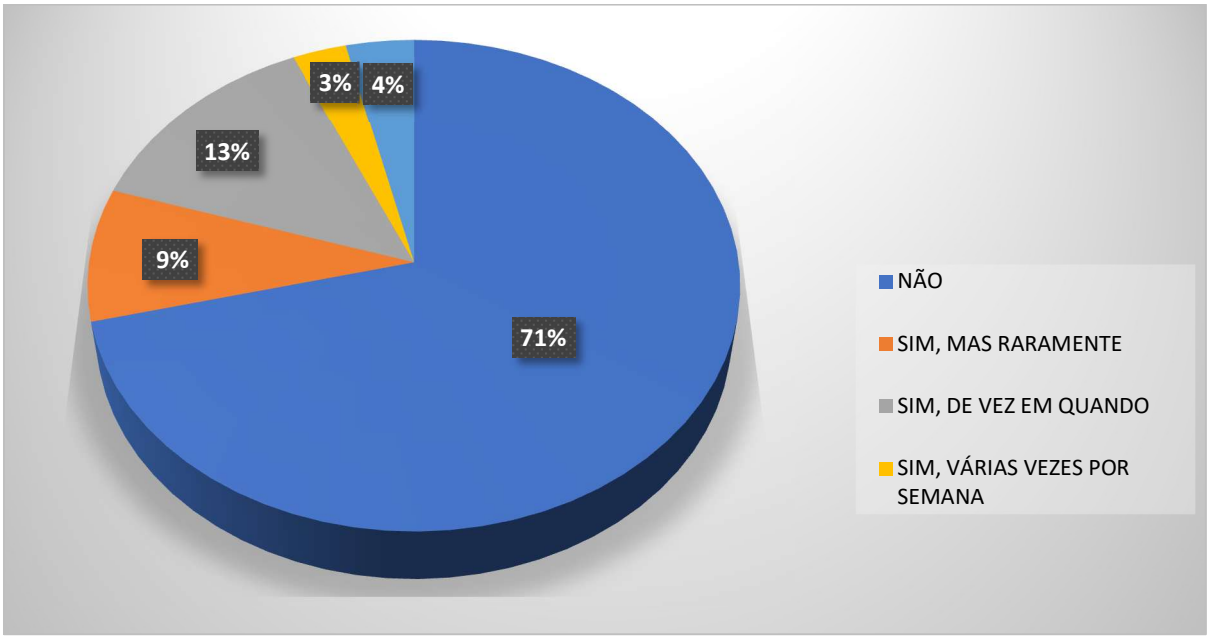
Bullying no trabalho

Como podemos observar no quadro 6 e figura 6, a larga maioria dos participantes no estudo não se identifica como sendo vítima de *bullying* no local de trabalho. Com efeito, cerca de 80% dos participantes responde "Nunca" (71,2%) ou "Raramente" (8,7%). No entanto, cerca de 20% identifica-se como sendo vítima "De vez em quando" (13,3%), "Várias vezes por semana" (2,9%), ou "Quase todos os dias" (3,7%).

Quadro 7 – Identificação e frequência com que se sente vítima de *bullying (n=378)*

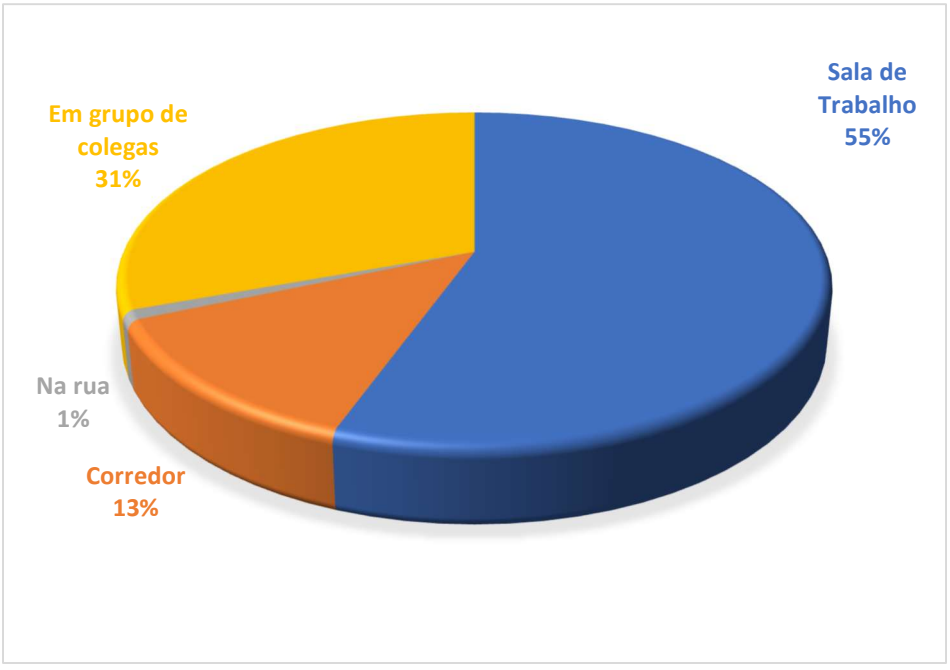
Resposta	**Frequência**	**%**	**% acumulada**
Não	269	71.2	71.2
Sim, mas raramente	33	8.7	79.9
Sim, de vez em quando	*51*	*13.5*	*93.4*
Sim, várias vezes por semana	*11*	*2.9*	*96.3*
Sim, quase todos os dias	*14*	*3.7*	*100.0*

Figura 7 - Identificação como vítima de acordo com a definição do conceito (n=378)



Nenhum se identificou como *predador* (Bully), 88,4% identificou-se como sendo *vítima* e 11,6% como sendo *observador* em (112 participantes da amostra total). Quanto ao local onde ocorre este fenómeno é maioritariamente na sala de trabalho (55%, seguida de ser em grupo de colegas (noutros espaços), no corredor (13%, sendo só 1% na rua (fora do local de trabalho).

Figura 8 – Local onde ocorre o *bullying* (n=108)



3.2 Correlações

Para os objetivos deste estudo era importante saber como estas variáveis se correlacionavam, pelo que fizemos uma análise de correlação bivariada para variáveis anormais em termos de distribuição. Os coeficientes de correlação de Spearman são apresentados na tabela seguinte. Podemos constatar que a correlação entre o EE e o Compromisso Organizacional é elevada e estatisticamente muito significativa (,598), sendo também significativa, mas no sentido negativo entre as variáveis EE e Bullying no local de trabalho (-,106), e sem correlação significativa entre o CO e o *Bullying* no local de Trabalho (,087).

Tabela 2 - *Correlações de Spearman entre o EE, CO e o Bullying no Trabalho (n=378)*

	Employee Engagementl	Compromisso Organizacional	*Bullying* no trabalho
Employee Engementl	1	.598**	-.106*
Compromisso Organizacional	--	1	-.087
Bullying no trabalho	--	--	1

* p<.05 (2-tailed); ** p<.01 (2-tailed)

***Bullying* no trabalho – discussão de resultados**

Quanto à variável *bullying* no local de trabalho*,* a larga maioria dos participantes no estudo não se identifica como sendo vítima de *bullying* no local de trabalho, mas isto é o que se espera de uma população normal, pois é um fenómeno que é socialmente atípico e sancionado. No entanto não deixa de ser registado que 20% da amostra se identifica como sendo vítima de bullying segundo o critério subjetivo da escala. Isto é grave, e os valores são preocupantes, pois que 1 em cada 5 trabalhadores fazem esta identificação como sendo vítimas de bullying. Contudo, podemos admitir que quanto mais as pessoas estão engajadas no seu local de trabalho, menos se dizem vítimas de *bullying*. Este estudo apresenta valores maiores (20%) que os até então identificamos na literatura, com são exemplo: 15,5% Araújo (2010); 5,9% Verdasca (2010) 8,7% Oliveira (2013).

Estudos mostram que pessoas engajadas apresentam um melhor desempenho e os setores a qual fazem parte apresentam um melhor resultado (Bakker & Leiter, 2010). Para estar engajado, o indivíduo deve acreditar que vale a pena investir a sua energia no trabalho (Robertson-Smith, 2009). Como já demonstrado na nossa tabela sobre a frequência de

EE, os colaboradores da ULSTS que participaram no estudo, dizem não ser vítimas de *bullying,* quanto maior é a perceção do seu *engagement* com o hospital (confirmando-se a nossa primeira hipótese), no entanto há ainda um número significativo dos que dizem sê-lo: de entre eles,14 colaboradores dizem-se vítimas de *bullying* "todos os dias" e 11 afirmam que o são "várias vezes por semana". Um dado curioso, ou não, é que nenhum se identifica como predador. Estarão a ser totalmente verídicas as respostas à questão número 14 do nosso questionário? Como serão, ou quem serão estes "nenhuns" agressores que as *nossas* 113 vítimas de *bullying* se referem?

A literatura é também rica em conceitos relacionados com a personalidade dos ofensores, como "personalidades autoritárias ou personalidade abrasiva" (Ashford, 1994). A maioria dos investigadores revela que os ofensores são maioritariamente do sexo masculino, com cargos de gestão de topo, intermédio ou de supervisores, sendo menos habitual vindo de colegas ou de subordinados (Kieseker & Marchant, 1999; Zapf & Einärsen, 2003). Os dados por nós apresentados neste estudo, não confirmam outros estudos.

Outro aspeto que retiramos dos nossos dados, é o local/espaço onde o fenómeno *bullying* mais acontece: conforme explanado na figura 7, é na sala de trabalho onde ocorre a maioria das situações de *bullying.* Ora, sendo a sala de trabalho o local onde vários colaboradores se agregam, poderemos afirmar ser um fator negativo para o *EE* e para o compromisso organizacional ser humilhado perante os colegas!? Não esquecer que temos 14 pessoas que se identificam como assistentes (12,1%). Não serão estes colaboradores também vítimas? Serão assistentes ativos na resolução do problema, ou apenas "passa-lhes ao lado"? A análise dos espaços onde ocorre a violência é também uma dimensão importante para compreender o contexto social associado à produção e reprodução do fenómeno. De facto, alguns espaços estão marcados por relações de poder - afetivas, sociais e económicas -, que condicionam a interação entre o agressor e a vítima ao longo do tempo. Segundo os nossos dados, são claramente as mulheres que mais se dizem vítimas de *bullying.* Constatamos que tais dados são claramente aceitáveis, uma vez que os nossos respondentes são maioritariamente do sexo feminino: obtivemos 302 resposta de mulheres, contrastando com os 74 homens que responderam. Apesar desta conclusão óbvia, as mulheres relatam valores de *bullying* mais elevados do que os homens, constatação que é confirmada pela literatura na área (Einärsen et al., 2003).

De facto, os estudos têm revelado que são as mulheres que se encontram mais como vítimas de *bullying* no local de trabalho, pois por um lado estas são percebidas como mais

vulneráveis por parte dos ofensores, e também por se encontrarem em categorias profissionais de menor poder de influência. Hoel e Cooper (2000) apontam 11.4% de mulheres reportando ter sido vítimas de *bullying* no local de trabalho contra 9.9% de homens, aumentando este número quando o tempo a que se reportam também aumenta (ser vítima nos últimos cinco anos) para 27% de mulheres contra 22% de homens. a literatura tem indicado que as mulheres são mais sensíveis aos aspetos relacionais do que os homens (e.g., fazem mais uso do suporte social do que os homens), isso tornaria mais provável que houvesse maior relato de situações de *bullying* por parte destas. Um aspeto que podemos referir aqui, é que, de acordo com os nossos dados, 59,9% dos superiores hierárquicos dos respondentes, são mulheres.

A perceção de vítima de *bullying* é maior quando os valores de *EE* não são tão elevados. Mesmo assim, os colaboradores da ULSTS não se vêm no papel de vítima de *bullying*. Apesar de haver quem diga ser vítima de *bullying* diariamente ou quase todas as semanas, não conseguimos definir essa variável como sendo a total causadora de valores de *EE* e *CO* mais baixos. Ninguém se diz sendo agressor (…" toda a gente, em alguma altura da sua vida, mente…."). Colaboradores mais comprometidos, com uma relação de pertença e dedicação ao trabalho e à instituição, serão menos vítimas de *bullying*.

3.3 Teste de Hipóteses

H1 –Se o valor do *Employee Engagement* for elevado, prevê-se encontrar valores de *Bullying* mais baixos

Efetuamos análises de regressão simples no sentido de ver se a variável *EE* era preditora de maior situações de perceção de vítima de *Bullying* no local de trabalho. Os valores encontrados nesta análise não nos permitem confirmar esta hipótese considerando o total da amostra. O R Square é bastante baixo, não havendo significância do calor F Change.

Tabela 3 – Sumário do Modelo preditivo do *EE* na perceção de *bullying* (n=378)

R	R Square	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
.094	.009	.009	3.343	1	376	.068

* p<.05

No entanto, se consideramos aqueles que se identificam como vítimas numa frequência semanal ou diária, os valores de predição são estatisticamente significativos como podemos ver na tabela seguinte.

Tabela 4 – Sumário do Modelo preditivo do *EE* na perceção de *bullying* entre os mais frequentemente vítimas (n=25)

R	R Square	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
.426	.181	.146	5.089	1	23	**.034***

* p<.05

H2 – Se o valor do *Compromisso Organizacional* for elevado, prevê-se encontrar valores de *Bullying* mais baixos

Efetuamos análises de regressão simples no sentido de ver se a variável CO era preditora de maior situações de perceção de vítima de *Bullying* no local de trabalho. Os valores encontrados nesta análise permitem confirmar esta hipótese considerando o total da amostra. O R Square é baixo, mas ainda assim significativo (Sig. F Change=.047).

Tabela 5 – Sumário do Modelo preditivo do *EE* na perceção de *bullying* (n=24)

R	R Square	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
.102	.010	.010	3.964	1	376	**.047***

* p<.05

3.4 Análises exploratórias

No sentido de compreender melhor as caraterísticas da amostra em termos das variáveis principais, procuramos fazer alguns estudos exploratórios comparando diferentes grupos através das variáveis demográficas (sexo, idade, escolaridade, vínculo contratual, cargo e sexo da chefia). Foram encontradas diferenças significativas na comparação de alguns grupos etários. Acontece na comparação do grupo 30-39 com o grupo 40-49, grupo > de 60 anos e dos 50-aos 59, assim como também acontece na comparação entre o grupo etário entre 40-49 e o grupo dos 50-59 (Tabela) (os mais velhos são mais engajados). Por outro lado, encontramos diferenças de níveis de *EE* na comparação dos grupos "Casado/união de fato -divorciado/separado", tendo os divorciados/separados maiores níveis de *EE,* relativamente aos casados/união de fato. Existem diferenças significativas

entre os mestres e os com o 12º ano em termos de *engagement,* com superioridade dos mestres.

Tabela 6 – Comparação dos valores de CO entre diferentes grupos etários (n=378)

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.[a]
30 a 39 anos-40 a 49 anos	-51.002	15.302	-3.333	<.001	**.009***
30 a 39 anos-20 a 29 anos	67.500	25.628	2.634	.008	.084
30 a 39 anos-> =60 anos	-89.208	25.628	-3.481	<.001	**.005***
30 a 39 anos-50 a 59 anos	-93.783	17.235	-5.441	<.001	**.000***
40 a 49 anos-20 a 29 anos	16.498	23.718	.696	.487	1.000
40 a 49 anos-> =60 anos	-38.206	23.718	-1.611	.107	1.000
40 a 49 anos-50 a 59 anos	-42.781	14.241	-3.004	.003	**.027***
20 a 29 anos-> =60 anos	-21.708	31.388	-.692	.489	1.000
20 a 29 anos-50 a 59 anos	-26.283	25.009	-1.051	.293	1.000
> =60 anos-50 a 59 anos	4.574	25.009	.183	.855	1.000

* p<.05; a. Ajustamento de Bonferroni

Tabela 7 – Comparação dos valores de CO entre diferentes grupos estado civil (n=378)

Sample 1-Sample	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.[a]
Casado/união - solteiro	16.411	14.292	1.148	.251	1.000
Casado/união - divorciado/separado	-61.913	19.641	-3.152	.002	**.010***
Casado/união - viúvo	-100.501	45.062	-2.230	.026	.154
Solteiro - divorciado/separado	-45.502	22.341	-2.037	.042	.250
Solteiro - viúvo	-84.090	46.303	-1.816	.069	.416
Divorciado/separado - viúvo	-38.588	48.223	-.800	.424	1.000

* p<.05; a. Ajustamento de Bonferroni

Tabela 8 – Comparação dos valores de *EE* entre diferentes grupos habilitações (n=378)

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.[a]
Mestrado-licenciatura	7.437	15.462	.481	.631	1.000
Mestrado-3º ciclo	42.672	31.915	1.337	.181	1.000
Mestrado-12º ano	51.844	16.266	3.187	.001	**.014***
Mestrado-doutoramento	-90.958	64.328	-1.414	.157	1.000
Licenciatura-3º ciclo	35.235	30.366	1.160	.246	1.000
Licenciatura-12º ano	44.407	12.968	3.424	<.001	.006
Licenciatura-doutoramento	-83.521	63.574	-1.314	.189	1.000
3º ciclo -12º ano	-9.172	30.783	-.298	.766	1.000
3º ciclo -doutoramento	-48.286	69.434	-.695	.487	1.000
12º ano-doutoramento	-39.114	63.774	-.613	.540	1.000

* p<.05; a. Ajustamento de Bonferroni

A tabela seguinte apresenta a percentagem de homens e mulheres vítimas na amostra. Claramente as mulheres são mais vítimas, mas em proporção com a amostra.

Tabela 9 – Percentagem de homens e mulheres vítimas (n=76)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Masculino	12	15.8	15.8	15.8
Feminino	62	81.6	**81.6**	97.4
Outro	2	2.6	2.6	100.0
Total	76	100.0	100.0	

Foram ainda realizadas análises exploratórias com as demais variáveis demográficas, mas nenhuma delas evidenciou diferenças estatisticamente significativas, razão pela qual não apresentamos com maior detalhe.

CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES

As variáveis estudadas - *engagement*, compromisso organizacional e *bullying* no local de trabalho - em organizações hospitalares (especificamente na Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa), revestem-se de extrema importância na atualidade. Obtivemos uma amostra significativa: 389 respondentes, sendo a maioria do sexo feminino (79,9%) e com idades compreendidas entre os 40 e 49 anos. Quanto ao estado civil, obtivemos mais respostas (69,3%) dos casados/união de fato e dos portadores do nível de escolaridade de licenciatura. Quanto ao vínculo, os que possuem um contrato individual de trabalho por tempo indeterminado concederam-nos mais respostas, estando num cargo de "funcionários" e tendo como superior hierárquico, uma mulher.

O *alpha de cronbach* de escala do *EE* foi de .94, o que demonstra uma grande fidelidade; quanto à escala do *CO* foi de ,64 ainda assim com uma fidelidade razoável.

Os índices de *EE* mostram-nos valores bastante positivos, principalmente quando relacionados com o propósito, significado, orgulho e envolvimento com o trabalho. Com valores ligeiramente mais baixos, mas ainda assim considerados elevados, surge a felicidade e a inspiração no trabalho.

O compromisso organizacional dos nossos achados, revela-se igualmente muito positivo. A vontade de não sair da ULSTS é bastante observável, uma vez que 57,3% responderam ainda se verem a trabalhar neste hospital nos próximos dois anos, e 36% raramente pensam em procurar outro emprego. Depreende-se que colaboradores engajados têm mais atos de *CO* o que pode resultar em níveis mais elevados de iniciativa pessoal e motivação, rentabilidade para as organizações (Bargagliotti, 2012), bem-estar no trabalho e compromisso com a organização (Brunetto et al., 2013). Compreende-se ser normal este maior engajamento dos colaboradores resultando em atos de *CO* mais significativos. Detetamos resultados diferenciados de *engagement* em função do estado civil: os divorciados/separados mostram valores mais elevados quando comparados com os casados/união de fato. Verificamos diferenças estatisticamente significativas de *EE* no que às habilitações literárias (os mestres têm maior *engagement* que os que só têm o 12ºano de escolaridade). O envolvimento dos colaboradores que sentem que o seu trabalho tem um propósito, tem um significado, influencia a qualidade do seu desempenho. Uma política de melhoria contínua das condições do bem-estar, uma cultura de feedback (com ferramentas de aprendizagem e desenvolvimento aliadas a mentoria e *coaching*), levará ao aumento dos níveis de satisfação. Os mais velhos também são mais engajados.

Os resultados obtidos neste estudo confirmam que quanto maior o *EE* mais elevado será o *CO* (,598), não sendo esta relação tão evidente (-,106) quando avaliamos o *EE* quando relacionado com o fenómeno do *bullying*. Não encontramos correlação entre o *CO* e o *bullying* (,087).

Quando falamos do fenómeno do *bullying,* aconteça ele onde acontecer, associamos sempre a algo negativo e maldoso. 80% da nossa amostra diz não ser vítima de *bullying*. Consideramos ser um indício positivo para a ULSTS, no entanto, 20% tem esta perceção de vítima (há 14 pessoas que dizem ser vítimas de *bullying* todos os dias, 11 afirmam sê-lo várias vezes por semana, 51 declaram que o são de vez em quando).

Estes colaboradores ao identificarem-se como vítimas de *bullying* apontam como local da ocorrência onde mais acontece, a sala de trabalho (55%), seguido de em grupo de colegas (31%). Parece-nos um fator importante a ter em conta, pois ninguém gosta de ser humilhado e tratado de uma forma depreciativa, muito menos em frente a outras pessoas. Falemos um bocadinho dessas pessoas: os assistentes/observadores. Não serão também vítimas?! As 14 respostas que obtivemos estarão relacionadas com a forma como avaliam uma situação de *bullying*? Terão medo de intervir, ou receio de represálias? De fato o nosso estudo não responde a estas questões, mas entendemos que se trata de um papel primordial para amenizar o sofrimento das vítimas. Sobre este tema, Thornberg et al. (2012) apresentaram um quadro conceptual sobre os motivos que influenciam os/as observadores/as a intervir em situações de *bullying* (Escala de Comportamento de Observadores de Bullying – ECOB. Esta escala resulta de uma tradução e adaptação portuguesa da Student Bystander Behavior Scale – SBBS (Thornberg & Jungert, 2013) que permite identificar o papel que os/as observadores/as assumem durante as situações de bullying). De acordo com este quadro conceptual, a decisão de ajudar ou não a vítima (i.e., intervir ou não intervir) numa situação de *bullying* depende de como os/as observadores/as definem e avaliam a situação, o contexto social e a sua própria agência (designadamente o sentimento de responsabilidade e as crenças de eficácia pessoal - se a pessoa não acredita que seja da sua responsabilidade moral intervir ou que pode produzir o efeito desejado da sua ação, ela terá pouco incentivo para agir.

O nosso trabalho permitiu perceber que, mesmo quem se diz vítima de *bullying*, apesenta valores de *EE* significativos. No entanto, e pensamos ser de todo natural que, todo aquele que detém um comportamento organizacional elevado, diz-se ser menos vítima de *bullying*.

Tendo em conta as variáveis demográficas, encontramos diferenças significativas entre os respondentes que têm entre 30 e 39 anos com os de 40 a 49.

Segundo os nossos dados, são claramente as mulheres que mais se dizem vítimas de *bullying.* Um estudo liderado por Pedro Norton, investigador da Unidade de Investigação em Epidemiologia (EPIUnit) do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), abordou a prevalência e os determinantes de *bullying* em profissionais de saúde e concluiu que 1 em cada 12 trabalhadores (8%) sofre deste tipo de agressão.

De acordo com o ISPUP, as conclusões referem também que os atos de *bullying* - termo que "designa a exposição sistemática à humilhação e a comportamentos hostis e violentos contra um ou mais indivíduos" - incidem sobretudo em pessoas do sexo feminino, que trabalham como enfermeiras, administrativas e assistentes operacionais".

Uma curiosidade na nossa amostra é que, apesar de haver quem se identifique como vítima de *bullying*, não há qualquer predador! Em resumo temos pessoas que se dizem vítimas e até com uma frequência elevada, temos observadores que testemunham esses atos negativos, mas aparentemente não existem ofensores, ou melhor dito, não existe na amostra participantes que se colocam no papel de ofensores. Obviamente a indesejabilidade social do papel de ofensor explica este dado, ainda que o estudo garantisse a anonimidade dos participantes, as pessoas parecem não querer admitir para si próprias esse papel. Poderão eventualmente considerar que o seu comportamento negativo faz parte da função, ou que é uma questão de estilo de liderança ou personalidade. O certo é que existe uma discrepância dos dados em termos de racionalidade.

Limitações

A amostra de conveniência e o fato de o estudo ser transversal são limitações claras neste estudo. Sendo a ULSTS uma instituição pública e da área da saúde, o tempo disponível por parte dos colaboradores para responderem a inquéritos, torna-se escasso. Toda a burocracia envolvente na autorização da realização do estudo, provocou por vezes o sentimento de desistência. Apesar de ter conseguido uma amostra interessante, os dados extraídos têm algumas limitações na generalização em relação à população geral, sendo, no entanto, legítimo algumas inferências para a realidade desta ULS.

A elaboração do questionário deveria ter englobado todas as variáveis/itens que permitisse obter mais resultados – no que à variável do *bullying* diz respeito. Mas

conforme já mencionado, foi um risco que decidimos correr neste estudo. Consideramos que seja uma limitação, mas parte do propósito do estudo era incidir sobre a avaliação subjetiva de *bullying.*

Houve alguns entraves no local de trabalho alvo deste estudo, alguma pressão por parte de alguns pares (comentários "maldosos" e os cochichar depreciativos), o que provocou receio de não cumprimento dos prazos estipulados para a conclusão do estudo.

Uma outra limitação poderá ter sido o instrumento de recolha de dados utilizado, por apresentar opções um pouco vagas, pode originar interpretações diferentes por parte dos inquiridos. Era nossa pretensão realizar entrevistas curtas, onde além de obter respostas mais completas, observaria a reação/atitude do inquirido.

Outra limitação que pode estar implícita poderá ser a desejabilidade social, o que poderá contribuir para o enviesamento das respostas e, consequentemente, na análise dos dados recolhidos.

O facto de os questionários terem sido aplicados numa amostra por conveniência pode ter potenciado também esta situação, uma vez que os inquiridos, ainda que soubessem tratar-se de um questionário completamente anónimo e sem qualquer impacto ou divulgação para a entidade que permitiu a sua aplicação e divulgação, poderiam, ainda que inconscientemente, ter receio de serem julgados, fazendo com que as respostas dadas fossem de encontro áquilo que seria expectável e socialmente desejável.

Seria de grande interesse melhorar estas limitações e replicar o estudo e até mesmo alargá-lo a outras instituições da área da saúde, e não só, para que se pudessem retirar conclusões o mais próximo da realidade possível. Mais do que isso será poder a partir deste estudo querer trabalhar para a construção da diferença e construir uma instituição mais saudável!

O estudo apresenta algumas limitações decorrentes das escolhas metodológicas, nomeadamente a natureza transversal e a utilização de uma amostra por conveniência, o que impede a generalização dos resultados. No entanto, as limitações identificadas no presente estudo abrem espaço para investigações futuras, como a consideração de estudos longitudinais para avaliar relações causais entre as variáveis em estudo ou examinar o impacto de intervenções de prevenção do *bullying*. Adicionalmente, futuras pesquisas poderiam explorar o fenómeno em diferentes contextos de trabalho na área da saúde, abrangendo diversas áreas geográficas do país, e incluir outras carreiras profissionais.

Sugestões

Como sugestões para o futuro, dirigidas mais concretamente aos líderes da ULSTS, incutimos a preocupação com a saúde organizacional. Sendo uma instituição pública, que se rege por diplomas e decretos – lei do estado, seguindo normas instituídas pelo governo, torna-se por vezes mais difícil implementar e investir em ideias validadas no sector privado. Mas, mesmo tendo este entrave governamental é possível conectar os trabalhadores da ULSTS com o seu trabalho.

Pode-se alcançar os objetivos estratégicos e melhorar o clima organizacional se cada chefia dentro do seu departamento olhar para os colaboradores como um todo, ou seja, é fundamental estarem todos alinhados com o propósito do seu trabalho. As políticas internas, a postura dos líderes e a comunicação "sem ruído" são fatores essenciais no sucesso das instituições.

Num hospital onde o objetivo primeiro é salvar/curar doentes, a saúde organizacional é um elemento estratégico para o sucesso do mesmo. Se os colaboradores do hospital estão "doentes" como poderão ajudar e minimizar o sofrimento daqueles que aí recorrem? Quanto mais saudável uma organização é, melhor será a qualidade com que se executam os seus processos, o que consequentemente, mais motivados estarão os seus funcionários e, portanto, maior será a produtividade da mesma.

Apostar na formação dos colaboradores; implementar medidas de prevenção de acidentes de trabalho; criar planos de carreira, benefícios flexíveis, autonomia e liderança inspiradora; atentar na valorização profissional: captar e reter talentos (criar mecanismos para que os melhores funcionários continuem a trabalhar no hospital – reduzir o absentismo e o *turnover* – apostar num bom processo de recrutamento e seleção, assim como na avaliação de desempenho), são algumas sugestões que podem conduzir a um hospital mais saudável.

É importante fazer um levantamento do clima organizacional, por exemplo através de um questionário para que os colaboradores possam opinar sem medo de represálias: através de uma participação anónima, o que trará respostas mais assertivas que poderá incidir sobre condições de trabalho, processos organizacionais, comportamento dos líderes diretos e indiretos, oportunidade de crescimento profissional, sugestões de melhoria, dificuldades vivenciadas no trabalho e implantação de novos benefícios. A partir da análise apurada dos resultados, será possível obter *insights* de grande valia, traçar um

plano de ação e promover as mudanças necessárias e, assim, melhorar a saúde organizacional.

Organizações que reconhecem a importância de recursos humanos tendem a ser mais saudáveis e, o que todos queremos, é uma ULSTS com saúde para ajudar na saúde de todos. Para tal, é também fundamental o alinhamento e diálogo entre o conselho de administração, diretores de departamento, chefias intermédias, colaboradores, fornecedores, associações sindicais, comissão de trabalhadores, conselho científico, parceiros de serviços, associações, municípios, liga de amigos, voluntariado e, o mais importante, os "nossos clientes": as pessoas/todos nós!

Citando o Papa Francisco: "Todos, todos, todos." (in jornada mundial da juventude em lisboa/Portugal em 03/08/2023)

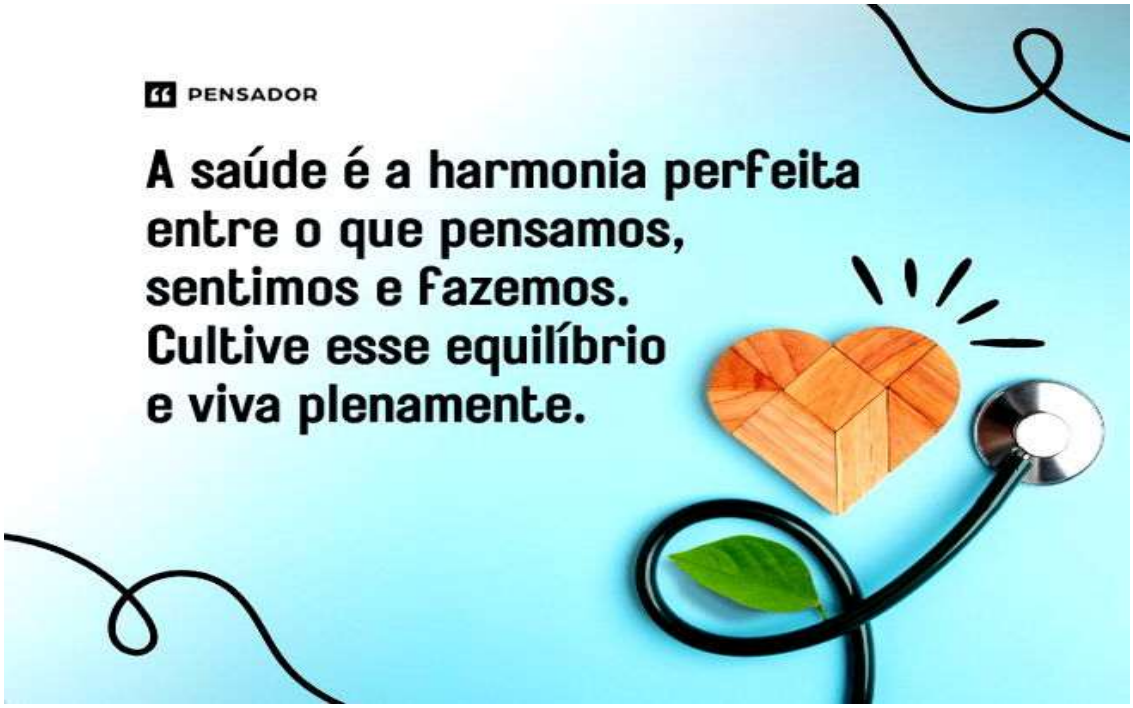
Outro aspeto fundamental poderá passar pela criação de políticas *anti-bullying* com procedimentos claros para fazer face a situações identificadas, podendo o papel de mediação, eventualmente ser feito pelos profissionais de recursos humanos, ou até por uma empresa externa ao hospital: é necessário instruir o processo, ouvir a queixa, ser objetivo na determinação dos comportamentos, nomeadamente garantindo a confidencialidade, evitando retaliações desnecessárias, ou acusações falsas. Tendo a ULSTS um serviço de Psicologia, poderia ser também um elo entre a vítima e o mediador do problema, ou um eventual encaminhamento para apoio social ou jurídico – serviços que o hospital também dispõe. O serviço de Medicina no Trabalho poderá e deverá também assumir um papel importante na prevenção deste fenómeno.

Seria um pouco atrevida a sugestão da criação da figura de provedor do funcionário, isto é, a existência de alguém que dentro do hospital, após a receção de queixas iniciasse todo o processo de inquirições e inspeções. Caso conclua existir ilegalidade ou injustiça, pode emitir recomendações ao conselho de administração e também ao SGRH. Seria também uma instância de recurso para análise e resolução de situações complexas e de cariz estrutural que não tenham sido solucionadas previamente pelos canais tradicionais. Todo aquele que se vê no papel de vítima de *bullying* no local de trabalho, sabendo que há alguém que estará ali para ajudar, irá encarar todo o processo, com certeza, com mais confiança e acreditando um pouco mais na justiça dos homens.

Nesta fase do trabalho de investigação, existe vontade de voltar ao início e rever um conjunto de opções ao nível do planeamento do estudo, assim como nos procedimentos metodológicos aplicados ou mesmo da literatura consultada. Contudo, sabendo e estando ciente de todas as limitações e falhas/erros desta dissertação, esperamos contribuir para

ajuda dos gestores da ULSTS, mas acima de tudo, mostrar aos seus colaboradores que vale a pena promover uma cultura baseada no respeito pela dignidade das pessoas, e que eles estão à altura da responsabilidade que se impõe, pois dela depende uma sociedade mais justa e mais humana. Mesmo sentindo alguma "desconsideração" por parte de algumas chefias e colegas, é o empenho que dedicam, é o "vestir a camisola", que os faz concluir o seu turno de trabalho com a consciência de dever cumprido.

Todo aquele que aborda a aprendizagem ou o trabalho como uma obrigação, nunca passará da mediocridade.



Abraham, S. (2012). Job satisfaction as an antecedent to employee engagement. *Journal of Management, 8*(2), 27-36.

Albuquerque, L.P., Silva, R.B., & Araújo, R.M.S. (2020). COVID-19: origin, pathogenesis, transmission, clinical aspects and current therapeutic strategies. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, v. 6.

Alrowwad, A., Almajali, D., Masa'deh, R., Obeidat, B., & Aqqad, N. (2019, April 10-12). The role of organizational commitment in enhancing organizational effectiveness. *Proceedings of the 33rd International Business Information Management Association Conference*, Granada, Spain.

Amado, J. da S. (2000). A técnica de análise de conteúdo. Revista Referência, 5, 53–63

Andrade, L. et al. (2020). A utilização das redes sociais digitais no cuidado psicossocial infantojuvenil, diante da pandemia por Covid-19. *Health Residencies Journal-HRJ,* v. 1, n. 2, p. 44-61.

Araújo, Manuel Salvador; Mcintyre, Teresa; Mcintyre, Scott - Portuguese adaptation of the Negative Acts Questionnaire: results. In: 6th Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology, Porto, 2004.

Araújo, M.S. (2010). *Preditores Individuais e Organizacionais de Bullying no Local de Trabalho*: Universidade do Minho, 2009. Tese de Doutoramento. Consultado em 12 setembro 2024 em http://hdl.handle.net/1822/11041

Ashforth, B. (1994). Petty tyranny in organizations. Human Relations, 47, 755-78.

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology, 22*(3), 309,328. doi: 10.1108/02683940710733115

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work employee engagement. *Career Development International*, *13*(3), 209-23. https://doi.org/10.1108/13620430810870476

Bakker, A. B., & Leiter, M. P. (Eds). (2010). *Work engagement: A handbook of essential theory and research.* New York: Psychology Press.

Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement: an emerging concept in occupational health psychology. *Work & stress, 22*(3), 187–200.

Bargagliotti, L. Antoinette - Work engagement in nursing: A concept analysis. Journal Of Advanced Nursing (2012) 1414-1428 – acedido em 25 outubro 2024

Blanch, J.M., Sahagún, M., Cantera, L. & Cervantes, G. (2010). Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 26* (2), 157-170.

Borges, E., & Ferreira, T. (2015). *Bullying* no trabalho: adaptação do Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) em Enfermeiros. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 13 (2015) 25-33.

Borges, E. (2012). *Qualidade de vida relacionada com o trabalho: Stresse e violência psicológica nos enfermeiros. Instituto de Ciências da Saúde*: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. Consultado em 18 setembro 2024 em https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18553

Borges, E. (2023). Enfermagem do Trabalho (2. ed.). Consultado em 16 setembro 2024 em https://biblioteca.esenf.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=12429

Braciani, A., & Muniz, R.F. (2021). *Gestão de Recursos Aplicados em Hospitais Públicos Durante a Pandemia*. Universidade Federal de Santa Catarina.

Brunetto, Yvonne (2012) - The impact of workplace relationships on engagement, wellbeing, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA. Journal Of Advanced Nursing – acedido em 25 outubro 2024

Camelo, S. (2012). Competência Profissional do Enfermeiro para Atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 20 (1), p. 1-9.

Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). Metodologia da Investigação – Guia para Autoaprendizagem. Universidade Aberta, 2ª Edição, Lisboa.

Carnevale, J.B., Hatak, I. (2020). Employee adjustment and well-being in the era of COVID19: implications for human resource management. *J. Bus. Res. 116*, 183–187. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.05.037.

Carvalho, G.D. (2007). *Mobbing*: Assédio moral em contexto de Enfermagem - Estudo Preliminar. *Revista Investigação em Enfermagem.* (fev. 2007), p. 43-55. Consultado em

11 de setembro 2024 em http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5331/1/Mobbing%20a

Chambel, M. J., & Curral, L. (2008). *Psicologia organizacional: da estrutura à cultura.* Lisboa: Livros Horizonte.

Chanana, N., Sangeeta. (2020). Employee engagement practices during COVID-19 lockdown. *J Public Affairs*; e2508. DOI: https://doi.org/10.1002/pa.2508.

Chiavenato, I. (2004). *Gestão de pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações.* 2. Ed., Rio de Janeiro: Elsevier.

Chiavenato, I. (2006). *Administração de recursos humanos. Fundamentos básicos*. São Paulo: Atlas.

Correia, Vera Mónica Pontes - Engagement e suporte social nos enfermeiros de cuidados de saúde primários. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. 106 p. Dissertação de Mestrado.

Coutinho (2011). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. Coimbra: Almedina.

Cunha, E., Nogueira, A., & Borges, E. (2024). Bullying em enfermeiros e assistentes operacionais num hospital da Região Norte. *International Journal on Working Conditions*, 26, 46-62. https://doi.org/10.25762/ax9t-x207

Cunha, M. E. P. (2023). *Bullying e Felicidade no Trabalho: Um estudo com profissionais de saúde em contexto hospitalar*.

Di Martino, V. Hoel, H. & Cooper, C. L. (2000). Preventing violence and harassment in the workplace. Luxembourg, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Einarsen, S. et al (2011). *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (2nd ed.). Boca Raton: CRC Press.

Einarsen, S., Hoel, H., & Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress* [Em linha]. Vol. 23, n.º 1 (jan. - Mar. 2009), p.

24-44. Consultado 11 setembro 2024 em http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=23b01eb1

Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (2020). *Bullying and Harassment in the Workplace: Theory, Research and Practice*. (3rd ed.). CRC Press.

Einärsen, S. & Mikkelsen, E. G. (2003). Individual effects of exposure to bullying at work. In S. Einärsen, H. Hoel D. Zapf, & C. L. Cooper, (Eds.), Bullying and Emotional Abuse in the workplace. International perspectives in research and practice (pp. 128-144). London, England: Taylor & Francis.

Escartín, J. et al. (2010). Development and validation of the workplace bullying scale EAPA-T. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* Vol. 10, n3, 2010, p. 519-539. Consultado 12 setembro 2024 em http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33714079008.pdf

Esteves, A. (2013). *O burnout e o engagement: estudo numa amostra de professores do ensino superior público português*. Porto: Instituto Politécnico do Porto; 2013 [Tese de Mestrado].

Fonte, C. (2005). *Fenômeno Bullying: Como Prevenir A Violência Nas Escolas e Educar Para A Paz.* Ed. Verus, 2005. Consultado em 16 setembro 2024 em https://www.ced.seduc.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/82/2022/05/Sefor-2-Francisca-Laudenis-Martins-1.pdf

Ferreira, C.A.A, & Pena, F.G. (2020). O uso da tecnologia no combate ao covid-19: uma pesquisa documental. *Brazilian Journal of Development, v. 6*, n. 5, p. 27315-27326.

Fisher, C.D. (2010). Happiness at work. International journal of management reviews, 12(4), 384-412. https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2009.00270.x

Frederico, M. (2006). *Organizações, Trabalho e Carreira.* Loures: Lusociência.

Gil, A. C. (1999). *Como elaborar projetos de pesquisa.* 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 5. ed. São Paulo: Atlas.

Goh, H. S., Hosier, S., & Zhang, H. (2022). Prevalence, antecedents, and consequences of workplace bullying among nurses: A summary of reviews. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(14), 8256. https://doi.org/10.3390/ijerph19148256

Gois, E.A. et al. (2021). Liderança e novos desafios da gestão hospitalar diante da pandemia de Covid-19. *Revista Univap, v. 27,* n. 55, 2021.

Gonzalez-Roma, V., Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. & Lloret, S. (2006). Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles*? Journal of Vocational Behavior, 68,* 165174.

Gottardo, L. F. S., & Ferreira, M. C. (2014). Suporte social, avaliações autor referentes e bem-estar de profissionais de saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 67*(1), 146- 160.

Hoel, Helge et al (2011). Organizational effects of workplace bullying. In: Einarsen, Ståle et al. *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice.* 2nd ed. Boca Raton: CRC Press, 2011. p. 129-147.

Hogh, A., Mikkelsen, E. G., & Hansen, A. M. (2011). Individual consequences of workplace bullying/mobbing. *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*, *107*, 128.

Isa, K, Damin, Z.A., Jaes, L., Latiff, A.A., Abdul, A.H., Khari, A.A., Maslan, N., & Tenah, S.S. (2019) Domains that lead to happiness at workplace. 5, 709-715. https:// doi.org/10.35940/ijeat. E1101.0585C19.

Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disemployed engagement at work. *Academy of Management Journal, 33*(4), 692-724.

Karatuna, I., Jonsson, S., & Muhonen, T. (2020). Workplace bullying in the nursing profession: A cross-cultural scoping review. *International Journal of Nursing Studies, 111*, 1−35. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103628

Keashley, L. (2010). Some Things You Need to Know but may have been Afraid to Ask: A Researcher Speaks to Ombudsmen about Workplace Bullying. *Journal of the International Ombudsman Association]. Vol. 3*, n. º 2 (2010), p. 10-23. Consultado em 12 setembro 2024 em http://www.ombudsassociation.org/sites/default/files/JIOAVolume3

Keashley, L., & Jagatic, K. (2011). North american perspectives on hostile behaviours and bullyng at work. In: EINARSEN, Ståle et al. *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press, 2011. p. 41-71.

Klarke, T., & Monkhouse, E. (2015). *Repensando a empresa.* São Paulo: Pioneira.

Kobernovicz, M., & Stefano, S.R. (2020). Engajamento no trabalho: uma análise do engajamento de servidores públicos estaduais de uma instituição de ensino superior. *Revista de carreiras pessoas, 10* (1), 9-19.

Kotler, Philip. (2000). *Administração de marketing: a edição do novo milénio*. 10.ed. São Paulo: Prentice Hall.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2012). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e práticas* (5a). Instituto Piaget.

Lever, I., Dyball, D., Greenberg, N., & Stevelink, S. A. M. (2019). Health consequences of bullying in the healthcare workplace: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 75(*12), 3195−3209. https://doi.org/10.1111/jan.13986

Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 5(*2), 165−184. https://doi.org/10.1080/13594329608414853

Marques Pinto, A; Picado, L.- *Adaptação e bem-estar nas escolas portuguesas: dos alunos aos professores*. Lisboa: Coisas de Ler, 2011.

Marconi, M.A. & Lakatos, E.M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas.

Marinho, F.P. et al. (2020). Visão dos graduandos de enfermagem sobre diferentes ferramentas tecnológicas que auxiliam no enfretamento da covid-19 e formação na área da saúde. *Revista Aproximação, v. 2*, n. 04.

Martin, A. L., Extremera, P. G., & Martin, R. M. (2018). La mediación educativa como Cultura de paz. *Revista de Cultura de Paz, 2* (1), 125-145. https://revistadeculturadepaz.com/index.php/culturapaz/article/view/26/25.

Maslach, C.; Schaufeli, W.B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.

Medeiros, E.A.S. (2020). Desafios para o enfrentamento da pandemia covid-19 em hospitais universitários. *Revista Paulista de Pediatria, v. 38*.

Meng, L., & Jin, Y. (2017). A confirmatory factor analysis of the Utrecht Work engagement Scale for Students in a Chinese sample. *Nurse Education Today, 49*, 129–134. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.017. Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). Three-component conceptualization of organizational commitment, *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89. https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z

Ministério da Saúde (1998). *O hospital português*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Nielsen, M. B., Matthiesen, S. B., & Einarsen, S. (2010). The impact of methodological moderators on prevalence rates of workplace bullying. A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 83*, 955-979. https://doi.org/10.1348/096317909X481256

Nielsen, M. B.; Notelaers, G.; Einarsen, S. (2011). Measuring exposure to workplace bullying. In: Einarsen, Ståle et al. *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press, 2011. p. 149-174.

Oliveira, I. (2013). *Bullying no local de trabalho*: a perceção dos Profissionais de uma instituição de ensino superior Politécnico do norte do país. *Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas. APNOR.*

Oliveira, E. M. S. (2020). *Engagement no trabalho – o caso dos colaboradores do instituto politécnico de Bragança*. Instituto Politécnico de Bragança, dissertação, 1-58.

Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2020). Ambientes de trabalho seguros e saudáveis livres de violência e de assédio. https://www.ilo.org/lisbon/publica%C3%A7%C3%B5es/WCMS_783092/lang--pt/index.htm

Organ, D.W. The motivational basis of organizational citizenship behavior. In: Staw, B. M.; Cummings, L. L. (Eds). *Research in organizational behavior, v.12*. Greenwich, CT: Jai Press, 1990, p.43-72

Os cinco estágios de luto de Elisabeth Kübler-Ross, acedido em 20 setembro 2024 em https://barbolani.com.br/blog/os-5-estagios-do-luto-de-elisabeth-kubler-ross/35

Paredes, C.L. (2020). *O Impacto do Employer Branding no engagement dos Colaboradores*. Universidade europeia, mestrado em Gestão de recursos humanos, Lisboa, Portugal.

Paschoal, T. (2008). *Bem-estar no trabalho: relações com suporte organizacional, propriedades axiológicas e oportunidades de alcance de valores pessoais no trabalho*.

Porto, J. B., & Tamayo, A. (2003). Desenvolvimento e validação da escala de civismo nas organizações. *Estudos de Psicologia, 8*(3), 393-402. https://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19961.pdf

Porto-Martins, P.C., Basso-Machado, P.G., & Benevides-Pereira, A.M. (2013). Engagement no trabalho: uma discussão teórica. Fractal: *Revista de Psicologia, 25*(3), 629–644. https://doi.org/10.1590/s1984-02922013000300013.

Rego, A. (2003). Comprometimento organizacional e ausência psicológica: afinal, quantas dimensões? *Revista de Administração de Empresas, 43*(4), 25-35. https://doi.org/10.1590/S0034-75902003000400003.

Robertson-Smith, G. (2009). *Employee engagement: A review of current thinking.* Brighton: Institute for Employment Studies.

Robins, S. P. (2008). *Comportamento organizacional.* São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Ruiz-Frutos, C. R., Ortega-Moreno, M., Allande-Cussó, R., Ayuso-Murillo, D., Domínguez Salas, S., Gómez-Salgado, J. (2021). Sense of coherence, engagement, and work environment as precursors of psychological distress among non-health workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Safety Science, 133*, 105033. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.105033.

Sá, J.J. (2021). *Clima para a gestão de conflitos, exposição ao workplace bullying e work engagement: uma análise correlacional*. *Dissertação de mestrado integrado em Psicologia: Universidade do Minho.*

Sá, L.O. (2008). *O assédio moral e o burnout na saúde mental dos enfermeiros:* Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Tese de Doutoramento. Consultado em 12 setembro 2024 em http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7223

Saks, A.M. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of Managerial Psychology, 21*(7), 600–619.

Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M., Grau, R. (2000). Desde el "Burnout" al "Engagement": Una Nueva Perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, v. 16,* n. 2, 117-134 acedido em 09 outubro 2024

Salanova, M., & Schaufeli, W. (2009). *El engagement de los empleados. Cuando el trabajo se convierte en pasión.* Madrid: Alianza Editorial.

Salin, Denise - Risk factors of workplace bullying for men and women: the role of the psychosocial and physical work environment. *Scandinavian Journal Of Psychology* [Em linha]. 56:1 (2015) 69-77 consultado em 08 outubro 2024

Santos, G.F., Silva, L.G.C., & Pinhatti, E.D.G. (2022). Perspectivas e desafios na gestão de pessoas no contexto hospitalar: Perspectivas e desafios na gestão hospitalar. *Advances in Nursing and Health*.

Sarti, T.D. et al. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol. Serv. Saude, v.29*, n.2, e2020166.

Schaufeli, W.B. & Bakker (2001). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior.*

Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement, 66*(4), 701–716.

Schaufeli, W. B., Dijkstra, P., & Vazquez, A. C. (2013) *O engajamento no trabalho.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two-sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of happiness studies, 3,* 71-92.

Schaufeli, W., Bakker, A. & Salanova, M. (2024). *The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. Educational and Psychological Measurement* [Em linha]. 66:4 (2006) 701-716.consultado em 09/ outubro 2024

Schaufeli, W., & Bakker, A. (2003). *Utrecht Work Eengagement Scale (UWES).* Occupational Health Psychology Unit: Utrecht.

Schoeninger, M. D., Trindade, L.L., Bauermann, K. B., Arcaro, L. T., Zocche, D.A.A., & Paz, A. A. (2021*). Guia Assédio Moral no Trabalho e Agora? Instrumentaliza(ação) dos profissionais dos serviços de Saúde frente ao Fenômeno*. Chapecó: Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde; Grupo de Estudos Sobre Trabalho e Saúde.

https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/3761/Guia_Ass_dio_Moral__vers_o_final___registro_16262614082793_3761 .pdf

Silva, B. V. D., Vasconcelos, R. C., Gasparini, R. B., & Romão, T. F. D.C. (2022*). Gestão de Pessoas: Saúde Psicológica no Trabalho. Gestão de Pessoas: Saúde Psicológica no Trabalho*. 2022.

Simpson, M. R. (2009). Engagement at work: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies, 46*, 1012-1024. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.05.003

Siqueira, M.M.M., Proposição e análise de um modelo para comportamentos de cidadania organizacional: *Revista de Administração Contemporânea, 7* (2003), pp. 165/184

Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas do bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 24*(2), 201-209. https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010

Siqueira, M.M.M & Gomide Júnior, S. J (2004). Vínculos do trabalhador com o trabalho e com a organização. In: Zanelli,J.C; Borges- Andrade,J.E; Bastos, A.V.B. (Org). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.* Porto Alegre: Artmed, p. 300-330.

Siqueira, M. M. M.; Pereira, S. E. F. N, (2001). Análise de modelo afetivo para intenção de sair da organização. *Revista da SPTM, v. 4*, n. 6, p. 48-57.

Simone, S., Planta, A., & Cicotto, G. (2018). *The role of job satisfaction, work engagement, self-efficacy and agentic capacities on nurses' turnover intention and patient satisfaction.*

Thornberg, R., & Jungert, T. (2013). Bystander behavior in bullying situations: basic moral sensitivity, moral disengagement and defender self-efficacy. *Journal of Adolescence, 36,* 475 – 483 https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.02.003

Thornberg, R., Tenenbaum, L., Varjas, K., Meyers, J., Jungert, T., & Vanegas, G. (2012). Bystander motivation in bullying incidents: To intervene or not to intervene? *Western Journal of Emergency Medicine, 13*, 247 – 252. https://doi.org/10.5811/westjem.2012.3.11792

UNESCO. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2017). Intercultural dialogue, culture of peace. Brasilia. https://pt.unesco.org/fieldoffice/brasilia/expertise/culture-peace

Vallières, F., McAuliffe, E., Hyland, P., Galligan, M., & Ghee, A. (2017). Measuring work engagement among community health workers in Sierra Leone: Validating the Utrecht Work engagement Scale. *Journal of Work and Organizational Psychology, 33*, 41–46. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.rpto.2016.12.001.

Verdasca, A.T. (2010). *Assédio moral no trabalho: Uma aplicação ao sector bancário português. Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão*. Tese de Doutoramento. Consultado em 12 setembro 2024 em http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2220/1/TESE%20FINA

Zapf, D., & Einarsen, S. (2020). Individual antecedents of bullying: Personality, motives and competencies of victims and perpetrators. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C.L. Cooper (Eds.), *Bullying and Harassment in the Workplace: Theory, Research and Practice (*3rded., pp. 269-303). CRC Press

Webgrafia

https://pt.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_COVID-19_em_Portugal

https://pt.euronews.com/2020/12/23/como-o-coronavirus-se-espalhou-pelo-mundo

https://sicnoticias.pt/mundo/2024-09-14-francesa-drogada-e-violada-pelo-marido-tornou-se-no-rosto-da-luta-contra-a-violencia-19e233ee

https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/comunicado?i=arranca-nova-fase-da-organizacao-do-servico-nacional-de-saude

https://www.publico.pt/2024/09/19/sociedade/noticia/vitimas-abusos-cansaco-leva-desistir-indemnizacao-igreja-2104735

https://cnnportugal.iol.pt/videos/profissionais-do-amadora-sintra-recusam-trabalho-suplementar-apos-queixas-de-bullying-e-assedio-moral/649c93e60cf2dce741bed707

https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/

https: davidmaister.com/wpcontent/theme/davidmaister/pdf/aservicequalityprogram

https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/24915/1/Rita_Alves_MGDRH_2023.pdf

https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/19141/1/Aline_Silva_MAA_2021.pdf

https://repositorio.isctiul.pt/bitstream/10071/23508/1/master_natacha_brito_silveira.pdf

https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf

http://hdl.handle.net/10400.2/7564 metodologia da investigação: guia para autoaprendizagem de Carmo, Hermano, Ferreira M.M. (2008)

https://justnews.pt/noticias/1-em-cada-12-profissionais-de-saude-e-vitima-de-bullying Publicado em 26 de janeiro de 2017 - 17:49

Apêndice I – Breve História do Serviço Nacional de Saúde

A evolução Serviço Nacional de Saúde
1899– Ricardo Jorge inicia a organização dos serviços de saúde pública, com o Decreto de 28 de dezembro e o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de dezembro de 1901. Regulamentada em 1901, a organização entra em vigor em 1903. A prestação de cuidados de saúde era então de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres.
1945 – A publicação do Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de novembro de 1945, dá lugar à reforma sanitária de Trigo de Negreiros (Subsecretário de Estado da Assistência e das Corporações do Ministério do Interior). É reconhecida, assim, a debilidade da situação sanitária no país e a necessidade de uma resposta do Estado. São criados institutos dedicados a problemas de saúde pública específicos, como a tuberculose e a saúde materna.
1946– A Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946, estabelece a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes, lançando as bases para uma rede hospitalar. Começa um programa de construção de hospitais que serão entregues às Misericórdias.
1958– O Ministério da Saúde e da Assistência surge por via do Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto. A tutela dos serviços de saúde pública e os serviços de assistência pública deixam assim de pertencer ao Ministério do Interior.
1963– A Lei n.º 2120, de 19 de julho de 1963, promulga as bases da política de saúde e assistência. Atribui ao Estado, entre outras competências, a organização e manutenção dos serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada. Cabe ao Estado, também, fomentar a criação de instituições particulares que se integrem nos princípios legais e ofereçam as condições morais, financeiras e técnicas mínimas para a prossecução dos seus fins, exercendo ação meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares.
1968– Os hospitais, a sua organização e as carreiras da saúde (médicos, enfermeiros, administração e farmácia) são objeto de uniformização e de regulação através do Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de abril de 1968, e do Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril de 1968, que criam, respetivamente, o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais.
1971– O Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, que promulga a organização do Ministério da Saúde e Assistência, afirma a garantia do direito à saúde, mas com acesso aos serviços – agora estruturados e articulados em saúde e assistência social – limitado, contudo, aos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Por outro lado, exalta a importância da promoção da saúde e prevenção da doença. Os "centros de saúde de primeira geração" não englobam os serviços médico-sociais das Caixas de Previdência.
No mesmo dia, é publicado o Decreto-lei n.º 414/71, de 27 de setembro, que estabelece o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência: carreiras médica de saúde pública, médica hospitalar, farmacêutica, administração hospitalar, de técnicos superiores de laboratório, de ensino de enfermagem, de enfermagem de saúde pública, de enfermagem hospitalar, de técnicos terapeutas, de técnicos de serviço social, de técnicos auxiliares de laboratório e de técnicos auxiliares sanitários. Trata-se de uma medida que visa, para além da organização do trabalho, efetivar, em articulação com outros passos, uma política de saúde e assistência social.
1973– Surge o Ministério da Saúde, autonomizado face à Assistência, através do Decreto-Lei n.º 584/73, de 6 de novembro.
1974– Pelo Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro, os Hospitais das Misericórdias passam a ser geridos por comissões que são nomeadas e respondem perante o Secretário de Estado. O Estado passa a dispor, assim, de uma rede de equipamentos que lhe permite administrar a saúde a nível nacional e que se rege pelas regras definidas no Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro.
1976– É aprovada nova Constituição, cujo artigo 64.º dita que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Esse direito efetiva-se através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país.
O Decreto-Lei n.º 580/76, de 21 de julho, estabelece a obrigatoriedade de prestação de um ano de serviço na periferia para os recém-licenciados em medicina que querem ingressar na carreira médica, no seguimento da experiência bem-sucedida de 1975.
1978– O Despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho de 1978, mais conhecido como o "Despacho Arnaut", constitui uma verdadeira antecipação do SNS, na medida em que abre o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. É garantida assim, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuitidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentosa.
1979– A Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, cria o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. O acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos.
O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Define que o acesso é gratuito, mas contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações.

O diploma estabelece que o SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).
1981– A carreira de enfermagem é aprovada pelo Decreto-Lei n.º 305/81, de 12 de novembro, procurando responder a situações de injustiça criadas ou agravadas pelo Decreto n.º 534/76, de 8 de julho, que aprovara o quadro do pessoal de enfermagem do Ministério dos Assuntos Sociais, bem como aos progressos técnicos e científicos, entretanto verificados e à realidade do país.
1982– O Decreto-Lei n.º 357/82, de 6 de setembro, concede ao SNS autonomia administrativa e financeira. Considerando que a gestão dos recursos financeiros afetos ao setor da saúde exige coordenação e distribuição adequada e, simultaneamente, agilidade nos processos de atuação, entende-se que o SNS, como suporte de todas as atividades do setor, deve ser dotado de autonomia administrativa e financeira. O Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde fica incumbido de gerir as verbas que lhe são globalmente atribuídas. Por outro lado, o Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, cria as administrações regionais de cuidados de saúde (ARS), que sucedem às administrações distritais dos serviços de saúde.
No mesmo ano, a carreira médica de Clínica Geral surge por via do Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de agosto, que regula as carreiras médicas (de saúde pública, clínica geral e médica hospitalar). O médico de clínica geral é entendido como o profissional habilitado para prestar cuidados primários a indivíduos, famílias e populações definidas, exercendo a sua intervenção em termos de generalidade e continuidade dos cuidados, de personalização das relações com os assistidos e de informação sócio-médica.
1983– O Decreto-Lei n.º 344-A/83, de 25 de julho, que aprova a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional, cria o Ministério da Saúde. A autonomia é ditada pela importância do setor, pelo volume dos serviços, pelas infraestruturas que integra e pela importância que os cidadãos lhe reconhecem.
O Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de abril, aprova o Regulamento dos Centros de Saúde, dando lugar aos "centros de saúde de segunda geração". Os centros de saúde surgem como unidades integradas de saúde, tendo em conta os princípios informadores da regionalização e as carreiras dos profissionais de saúde.
1984– A criação da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, através do Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de março, põe fim aos serviços médico-sociais da Previdência e marca a expansão do SNS. Torna-se o órgão central com funções de orientação técnico-normativa, de direção e de avaliação da atividade desenvolvida pelos órgãos e serviços regionais, distritais e locais que intervêm na área dos cuidados de saúde primários. O clínico geral adquire o estatuto de médico de família.
1986– O Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março, regulamenta as condições de exercício do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde. O diploma visa estabelecer uma correta e racional repartição dos encargos do Serviço Nacional de Saúde, quer pelos chamados subsistemas de saúde, quer ainda por todas as entidades, de qualquer natureza, que, por força da lei ou de contrato, sejam responsáveis pelo pagamento da assistência a determinados cidadãos. Salvaguarda ainda que, porque os estabelecimentos oficiais não têm como objetivo a obtenção de qualquer lucro, os preços a cobrar deverão aproximar-se, tanto quanto possível, dos custos reais. Prevê ainda taxas destinadas a moderar a procura de cuidados de saúde, evitando assim a sua utilização para além do razoável.
1988– O Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro, aprova a lei de gestão hospitalar, traduzindo as preocupações decorrentes do aumento do peso das despesas de saúde no orçamento do Estado. Enfatiza-se a necessidade da introdução de princípios de natureza empresarial, no quadro da integração da atividade hospitalar na economia do País. E se a qualidade é o princípio maior da gestão hospitalar, a rentabilidade dos serviços torna-se um valor de peso na administração. São disso exemplo a criação de planos anuais e plurianuais para os hospitais e a criação de centros de responsabilidade como níveis intermédios da administração.
Na sequência, o Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro, vem introduzir alterações substanciais no domínio dos órgãos e do funcionamento global do hospital, bem como quanto à estrutura dos serviços. Assim, e à semelhança do que decorre nos restantes países europeus, são reforçadas as competências dos órgãos de gestão, são abandonadas as direções de tipo colegial, os titulares dos órgãos de gestão passam a ser designados pela tutela, desenha-se o perfil de gestor para o exercício da função de chefe executivo, são introduzidos métodos de gestão empresarial e são reforçados e multiplicados os controlos de natureza tutelar.
1989– Na 2.ª Revisão Constitucional, a alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º é objeto de alteração, estabelecendo que o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde "universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito". Coloca-se assim a ênfase no princípio de justiça social e de racionalização dos recursos.
1990– A Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, aprova a Lei de Bases da Saúde. Pela primeira vez, a proteção da saúde é perspetivada não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados.
A promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da atividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela atividade. Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos. Para a efetivação do direito à proteção da saúde, o Estado atua através de serviços próprios, mas também celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde.
A Base XXXIV prevê ainda que possam ser cobradas taxas moderadoras, com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde.

Destas taxas, que constituem receita do Serviço Nacional de Saúde, são isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos.
O Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março, aprova o regime das carreiras médicas. Os médicos, a par de outros técnicos de saúde, pelo reconhecimento da sua preparação técnico-científica, especificidade e autonomia funcionais, passam a constituir um corpo especial de funcionários. Nos regimes de trabalho, para além da fixação de uma duração semanal de trabalho igual à da maioria dos funcionários, admite-se e motiva-se a prática do regime de dedicação exclusiva, sem condicionamentos e com possível alargamento da duração semanal do trabalho. A formação médica pós-licenciatura e pré-carreira deixa de integrar o diploma das carreiras.
1991– O Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, aprova o regime legal da carreira de enfermagem, visando regulamentar o exercício da profissão, garantindo a salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicos e a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade aos cidadãos. O diploma clarifica conceitos, caracteriza os cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos.
1992– O Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de abril, estabelece o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, bem como as suas isenções. Afirma que as receitas arrecadadas com o pagamento parcial do custo dos atos médicos constituirão receita do Serviço Nacional de Saúde, contribuindo para o aumento da eficiência e qualidade dos serviços prestados a todos e, em especial, dos que são fornecidos gratuitamente aos mais desfavorecidos. O diploma sublinha os princípios de justiça social que impõem que pessoas com maiores rendimentos e que não são doentes crónicos ou de risco paguem parte da prestação dos cuidados de saúde de que sejam beneficiários, para que outros, mais carenciados e desprotegidos, nada tenham de pagar.
O Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de Agosto, estabelece o regime de prestação de assistência médica no estrangeiro aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, reduzindo o seu âmbito de aplicação à assistência médica de grande especialização que, por falta de meios técnicos ou humanos, não possa ser prestada no País. Excluem-se as propostas de deslocação ao estrangeiro que provenham de instituições privadas.
1993– É publicado o novo estatuto do SNS através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, que procura superar a dicotomia – do ponto de vista médico e organizativo – entre cuidados primários e cuidados diferenciados. A indivisibilidade da saúde e a necessidade de uma criteriosa gestão de recursos levam à criação de unidades integradas de cuidados de saúde, viabilizando a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais.
As crescentes exigências das populações em termos de qualidade e de prontidão de resposta aos seus anseios e necessidades sanitárias exigem que a gestão dos recursos se faça tão próximo quanto possível dos seus destinatários. Daqui resulta a criação das regiões de saúde, dirigidas por administrações com competências e atribuições reforçadas.
A flexibilidade na gestão de recursos impõe ainda a adoção de mecanismos especiais de mobilidade e de contratação de pessoal, como o incentivo a métodos e práticas concorrenciais.
O Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro, aprova o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde.
No mesmo ano, é criado o cartão de identificação do utente do Serviço Nacional de Saúde, pelo Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho.
No que toca à atividade privada no setor da saúde, foi publicado o Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de janeiro, que regula o licenciamento e fiscalização do exercício da atividade das unidades privadas de saúde. Este diploma será revogado em 2009.
1998– O Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, estabelece o regime de celebração das convenções a que se refere a base XLI da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto – Lei de Bases da Saúde. Este regime vigorou até 2013.
Na senda da procura de soluções inovadoras que permitam identificar ganhos em saúde e aumentar a satisfação dos utilizadores e dos profissionais, nasce, no mesmo ano, o regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral, por via do Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de maio. Procura-se consolidar e expandir as reformas da organização da prestação dos cuidados, através do adequado e justo reconhecimento dos diferentes níveis, qualitativos e quantitativos, do desempenho dos profissionais de saúde.
A remuneração dos médicos abrangidos por este diploma integra uma remuneração base e componentes variáveis. Estas correspondem à realização de cuidados domiciliários, ao alargamento do período de cobertura assistencial e à realização das atividades de vigilância em relação aos grupos vulneráveis correspondentes à gravidez e puerpério, criança no primeiro ano de vida e planeamento familiar na mulher em idade fértil.
No mesmo ano, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98, de 4 de dezembro, define um conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde, entre as quais o reforço da aprendizagem tutorial na comunidade, nos centros de saúde e nos hospitais, no quadro de uma reestruturação curricular dos cursos de licenciatura em Medicina, a reorganização da rede de escolas superiores de enfermagem e de tecnologia da saúde, através da sua passagem para a tutela do Ministério da Educação, e a reorganização da formação dos enfermeiros, com a passagem da formação geral para o nível de licenciatura.
1999– São estruturados os serviços de saúde pública, no âmbito dos quais se integra o exercício dos poderes de autoridade de saúde enquanto poder-dever de intervenção do Estado na defesa da saúde pública, na prevenção da doença e na promoção da saúde. O Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de julho, que estabelece a organização dos serviços de saúde pública, dita que a implantação se opera a dois níveis: o regional e o local.
O Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro, cria os centros de responsabilidade integrados (CRI) nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Os CRI constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogéneos. A desconcentração da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos visa introduzir a componente empresarial na gestão destas unidades. O objetivo consiste em aumentar a

eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição.
A 11 de setembro do mesmo ano é publicado o Despacho Normativo n.º 61/99, que cria as agências de contratualização dos serviços de saúde. Estas agências sucedem às agências de acompanhamento dos serviços de saúde, criadas pelo Despacho Normativo n.º 46/97, vincando a distinção entre prestação e financiamento dos cuidados de saúde. Às agências de contratualização cabe explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar.
Em 1999, é ainda estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), através do Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio. Trata-se de um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que visam facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos. Os SLS são constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde.
É também estabelecido um novo regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, através do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio. São criados, assim, os chamados "centros de saúde de terceira geração", pessoas coletivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde. Prevê-se ainda a existência de associações de centros de saúde.
A atividade legislativa relacionada com a saúde ficou ainda marcada com a publicação de diversos diplomas relacionados com o licenciamento de unidades privadas de saúde, tais como o Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, para as unidades privadas que utilizam radiações ionizantes; Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho, para os laboratórios privados; Decreto-Lei n.º 500/99, de 19 de novembro, para as clínicas de Medicina Física e de Reabilitação; e Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, para as unidades privadas de diálise.
2001– Na senda da atividade legislativa de 1999 relativa às unidades privadas de prestação de cuidados de saúde, foi publicado o Decreto-Lei n.º 233/2001, de 25 de agosto, que determina as regras para o licenciamento dos consultórios dentários.
2002– Com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar, pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Acolhe-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE).
O Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de fevereiro, já havia aprovado nova forma de designação dos órgãos de direção técnica dos estabelecimentos hospitalares e dos centros de saúde, alterado a composição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibilizado a contratação de bens e serviços pelos hospitais.
2003– O Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, cria a rede de cuidados de saúde primários. Para além de garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, a rede deve também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença. Esta nova rede assume-se, igualmente, como um elemento determinante na gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos. Traduz a necessidade de uma nova rede integrada de serviços de saúde, onde, para além do papel fundamental do Estado, possam coexistir entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos. Volvidos dois anos, este diploma será revogado, sendo repristinado o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio.
Através do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto, revêem-se as taxas moderadoras, com o objetivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social no Sistema Nacional de Saúde.
No mesmo ano, nasce a Entidade Reguladora da Saúde, por via do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro.
Traduz-se, desta maneira, a separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador.
2004– O Decreto-Lei n.º 90/2004, de 20 de abril, estabelece o regime de comparticipação no preço dos medicamentos.
2005– Com a publicação do Decreto-Lei n.º 95/2005, de 7 de junho, surgem os primeiros Hospitais EPE, transformando os Hospitais SA (Sociedade Anónima) em Empresas Públicas do Estado e dotando-os de mais instrumentos para promoverem a eficácia e eficiência dos recursos do SNS.
Para melhorar a acessibilidade dos utentes aos medicamentos não sujeitos a receita médica, foi publicado o Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto, que regula o regime de venda destes produtos fora das farmácias.
2006– O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.
Neste ano foi ainda publicado o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico a que obedece a autorização de introdução no mercado e suas alterações, o fabrico, a importação, a exportação, a comercialização, a rotulagem e informação, a publicidade, a farmacovigilância e a utilização dos medicamentos para uso humano e respetiva inspeção, incluindo, designadamente, os medicamentos homeopáticos, os medicamentos radiofarmacêuticos e os medicamentos tradicionais à base de plantas.
2007 – Surgem as primeiras unidades de saúde familiar, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários.

O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objetivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados.
2008– Assiste-se a mais um passo importante na reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. O objetivo consiste em dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.
2009– Pela Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, a Assembleia da República aprova o direito de acompanhamento nos serviços de urgência, determinando que esse direito deve estar consagrado no regulamento da respetiva instituição de saúde, o qual deve definir com clareza e rigor as suas normas e condições de aplicação.
Na prossecução da modernização dos serviços prestados às populações em matéria de vigilância em saúde pública, foram ainda publicados a Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, promovendo a reestruturação da organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, em articulação com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. No horizonte está a modificação do perfil de saúde e doença das populações verificada nas últimas décadas, devido à evolução das condições ambientais planetárias, às alterações dos estilos de vida e à globalização, entre outros.
Pelo Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, surge um novo enquadramento legal para a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde, tornando os procedimentos mais ágeis e ajustados à modernização administrativa.
2011 – Com o objetivo de facilitar o acesso dos cidadãos ao medicamento e promover a prescrição eletrónica, com a desmaterialização de todo o circuito administrativo do medicamento, foi aprovada a Portaria n.º 198/2011, de 18 de maio. A generalização da prescrição eletrónica é essencial para aumentar a qualidade da prescrição e incrementar a segurança do circuito do medicamento. A prescrição eletrónica serve também como incentivo à efetiva informatização do sistema de saúde, estimulando a comunicação entre os profissionais das diferentes instituições e diminuindo o risco de erro ou confusão na prescrição. Esta medida permite ainda obter mais informação sobre o circuito do medicamento, desencorajando e combatendo a fraude.
2012– Com o advento da utilização generalizada de dados informatizados, a Lei n.º 5/2012, de 23 de janeiro, vem regular os requisitos de tratamento de dados pessoais para constituição de ficheiros de âmbito nacional, contendo dados de saúde, com recurso a tecnologias de informação e no quadr do SNS.
Em maio deste ano, arranca o novo Portal do Utente, integrado no projeto PDS – Plataforma de Dados da Saúde, desenvolvido pela CIC – Comissão para Informatização Clínica e pela SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, que permite registos de saúde feitos pelo utente e o recurso a serviços online já existentes e a disponibilizar, como marcação de consultas (eAgenda) ou confirmação de cirurgias (SIGIC).
2013– Com o Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, é aprovado o novo regime jurídico das convenções. Com um modelo mais flexível do ponto de vista dos procedimentos, possibilita-se que as convenções tenham um âmbito regional ou nacional e que sejam celebradas mediante contrato de adesão ou após procedimento de contratação específico, sendo ainda permitida a celebração, a título excecional, de convenções que abranjam um conjunto integrado e/ou alargado de serviços.
O Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, define as formas de articulação do Ministério da Saúde e os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com as instituições particulares de solidariedade social, bem como estabelece o regime de devolução às Misericórdias dos hospitais objeto das medidas previstas nos Decretos-Leis n.os 704/74, de 7 de dezembro, e 618/75, de 11 de novembro, atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS.
Reconhece-se, desta maneira, que as Misericórdias aliam as exigências técnicas da prestação de cuidados de saúde à sua vocação e tradição multisseculares, à ausência de fins lucrativos e à proximidade das populações, o que as torna importantes parceiros do Estado na área da saúde.
2014– O Decreto-Lei n.º 110/2014, de 10 de julho, cria, no âmbito do Ministério da Saúde, o Fundo para a Investigação em Saúde, visando o fortalecimento das atividades de investigação para a proteção, promoção e melhoria da saúde das pessoas e, assim, obter ganhos em saúde. A investigação em saúde é considerada instrumental para a melhoria contínua da qualidade, formação de profissionais e projeção internacional do país numa área de grande competitividade, onde os ganhos com a produção de conhecimento podem ser significativos.
Os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família, no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, são definidos pelo Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. A medida visa a melhoria da qualidade e do acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde e a reavaliação do papel dos enfermeiros. Assim, sai reforçada a importância dos contributos da enfermagem para a promoção da saúde e prevenção da doença e são colocados novos desafios aos enfermeiros.
A Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, estabelece as normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, e a Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012.
2015 –É regula mentada, através da a Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, no que diz respeito aos serviços, à admissão nas equipas locais e às instalações de cuidados paliativos. Viabiliza-se, desta maneira, a Rede Nacional de Cuidados Paliativos.
2016 –Através do Decreto-Lei n.º 49/2016, de 23 de agosto, é criado o Conselho Nacional de Saúde, já previsto na Base VII da Lei de Bases da Saúde. Assiste-se, neste mesmo ano, ao alargamento da isenção do pagamento de taxas moderadoras.

2017 – É publicada a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS que visa garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente do SNS, nos termos da lei. A Carta dos Direitos de Acesso define os tempos máximos de resposta garantidos e o direito do utente à informação sobre esses tempos.
O Primeiro transplante de coração artificial em Portugal é realizado por José Fragata, no Hospital de Santa Marta.
2018 – Ano que marca a criação do Registo Oncológico Nacional. Em 2018 é aprovada a Estratégia Nacional para a Visão.
2019 – No ano em que o SNS comemorou o seu 40ª aniversário é aprovada a nova Lei de Bases, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. É implementado o projeto de um modelo de gestão autónoma para hospitais e Unidades Locais de Saúde.
Criação da centésima USF da legislatura.
2020 – Primeira inoculação da vacina contra a COVID-19.
2022 – O novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, prevê a criação de uma Direção Executiva do SNS (DE-SNS, I. P.).
2023 – A Direção Executiva do SNS (DE-SNS, I. P.) entrou em funcionamento a 1 de janeiro.

Apêndice II – Questionário sociodemográfico

O presente questionário foi desenvolvido pelo ISCAP – Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto do Instituto Politécnico do Porto, para dissertação de Mestrado apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos e visa conhecer a sua opinião acerca das práticas de recursos humanos na ULS-TS, bem como as suas perceções acerca do atual contexto laboral. Não há respostas certas ou erradas, estamos apenas interessados na sua opinião. Por favor, seja sincero. As suas respostas serão estritamente confidenciais. As respostas individuais nunca serão conhecidas, dado que a análise que faremos é do conjunto de todos os colaboradores. Para assegurar a confidencialidade não escreva o seu nome no questionário.

Caro(a) Sr., Sra.:
Antes de mais, gostaria de lhe agradecer a disponibilidade para responder a este questionário.
Todas as respostas solicitadas são rigorosamente anónimas.
Não existem respostas certas ou erradas. Importante é responder a todas as questões!
Muito obrigada pela sua colaboração!
Carla Manuela Gomes da Silva E-mail: 2231712@iscap.ipp.pt

1. Qual a sua idade?
>20 anos
20 a 29 anos
30 a 39 anos
40 a 49 anos
50 a 59 anos
> = 60 anos

2. Qual o seu Sexo?
Masculino
Feminino
Outro

3. Qual o seu estado civil?
Solteiro/a
Casado/a - União de Facto
Divorciado/a - Separado/a
Viúvo/a

4. Quais as suas habilitações literárias?
1º ciclo (4ª classe)
2º ciclo (6ª classe)
3º ciclo (9º ano)
12º ano
Licenciatura
Mestrado
Doutoramento

5. Qual o seu vínculo contratual?
Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado
Contrato de Trabalho em Funções Públicas a Termo Resolutivo Certo
Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado
Contrato Individual de Trabalho a Termo Certo
Contrato Individual de Trabalho a Termo Incerto
Prestação de Serviços
Outro

6. Que tipo de cargo ocupa?
Direção
Chefia Intermédia
Funcionário
Outra

7. Qual o sexo do seu superior hierárquico?
Masculino
Feminino

As seguintes perguntas referem-se a sentimentos relacionados ao seu trabalho.
Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e assinale a resposta mais adequada.

1. **No meu trabalho, sinto-me repleto de energia**:
0. Nenhuma vez
1. Algumas vezes por ano
2. Uma vez ou menos por mês
3. Algumas vezes por mês
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes por semana
6. Todos os dias

2. Eu acho que o trabalho que realizo é cheio de significado e propósito:
0. Nenhuma vez
1. Algumas vezes por ano
2. Uma vez ou menos por mês
3. Algumas vezes por mês
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes por semana
6. Todos os dias

3. No trabalho, sinto-me com força e vigor:
0. Nenhuma vez
1. Algumas vezes por ano
2. Uma vez ou menos por mês
3. Algumas vezes por mês
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes por semana
6. Todos os dias

4. Estou entusiasmado com meu trabalho:
0. Nenhuma vez
1. Algumas vezes por ano
2. Uma vez ou menos por mês
3. Algumas vezes por mês
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes por semana
6. Todos os dias

5. O meu trabalho inspira-me:
0. Nenhuma vez
1. Algumas vezes por ano
2. Uma vez ou menos por mês

3. Algumas vezes por mês
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes por semana
6. Todos os dias

6. Sinto-me feliz quando trabalho intensamente:
0. Nenhuma vez
1. Algumas vezes por ano
2. Uma vez ou menos por mês
3. Algumas vezes por mês
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes por semana
6. Todos os dias

7. Estou orgulhoso com o trabalho que realizo:
0. Nenhuma vez
1. Algumas vezes por ano
2. Uma vez ou menos por mês
3. Algumas vezes por mês
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes por semana
6. Todos os dias

8. Sinto-me envolvido com o trabalho que faço:
0. Nenhuma vez
1. Algumas vezes por ano
2. Uma vez ou menos por mês
3. Algumas vezes por mês
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes por semana
6. Todos os dias

9. Para mim o meu trabalho é desafiador:
0. Nenhuma vez
1. Algumas vezes por ano
2. Uma vez ou menos por mês
3. Algumas vezes por mês
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes por semana
6. Todos os dias

10. Tenho orgulho em trabalhar na Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa (ULSTS):
0. Nenhuma vez
1. Algumas vezes por ano
2. Uma vez ou menos por mês
3. Algumas vezes por mês
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes por semana
6. Todos os dias

11. Raramente penso em procurar emprego noutra empresa:
0. Nenhuma vez
1. Algumas vezes por ano
2. Uma vez ou menos por mês

3. Algumas vezes por mês
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes por semana
6. Todos os dias

12. Vejo-me ainda a trabalhar na ULSTS em dois anos:
0. Nenhuma vez
1. Algumas vezes por ano
2. Uma vez ou menos por mês
3. Algumas vezes por mês
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes por semana
6. Todos os dias

13. Tem sido vítima de "bullying" no trabalho? Definimos "bullying" como uma situação em que um ou mais indivíduos se sentem, de forma persistente e ao longo de um determinado período de tempo, alvos de atos negativos da parte de uma ou mais pessoas, numa situação em que o alvo do "bullying" tem dificuldade de se defender destes atos negativos contra si. Não nos referimos a um ato isolado como "bullying".

Não
Sim, mas raramente
Sim, de vez em quando
Sim, várias vezes por semana
Sim, quase todos os dias

14. Se sim, em que posição se coloca:
Vítima
Autor
Assistente

15. Na posição de vítima em atos de *bulliyng*, onde aconteceu:
Na sala de trabalho
No corredor (entre serviços)
Na rua
Em grupo de colegas.

Obrigada pelo tempo dispensado.

(Na eventualidade de querer saber o resultado, deixe aqui o seu email: