

Violência Ocupacional, Satisfação Profissional e Competências de Liderança

Joana Filipa Jorge

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof.^a Doutora Helena Maria Batista Alves
Coorientadora: Prof.^a Doutora Marta Sofia Lopes Pereira Alves

julho de 2021

Agradecimentos

Englobo nos meus agradecimentos todos os que pela sua importância na minha vida tornaram a conclusão de mais esta etapa possível. A todos os professores de curso e de mestrado, pelos conhecimentos e competências que me transmitiram ao longo deste percurso académico, que culminaram na elaboração desta tese.

Agradeço à Professora Doutora Helena Alves, minha orientadora, que me acompanhou ao longo da elaboração da dissertação e que sempre se mostrou disponível para esclarecer dúvidas, dar opiniões e apoiar as alterações neste trabalho.

Agradeço também à minha coorientadora Professora Doutora Marta Alves, pelo seu empenho, ajuda e profissionalismo, ao longo de todo este processo. Obrigada por todo o acompanhamento que me deu, pela troca de conhecimentos e por me ajudar sempre a crescer.

Agradeço à minha mãe, que desde sempre me educou sobre os melhores valores, de humildade, de persistência, de empenho, de amizade e de amor. Sem ela, nada seria possível! Obrigada a ti, por seres desde sempre o melhor exemplo a seguir e por me mostrares desde pequena que seja qual for o meu sonho, se eu quiser e me empenhar conseguirei alcançá-lo, ontem, hoje e sempre.

Agradeço aos meus amigos pelo companheirismo, pela amizade, pelas aprendizagens que trazemos todos os dias uns aos outros. Um obrigado especial aos amigos Daniela Alves, Telma Lourenço, Beatriz Jesus, por desde sempre ou há menos tempo tornarem os meus dias mais fáceis e essencialmente, por me apoiarem nos momentos mais difíceis.

Por último e em memória agradeço à minha avó, porque apesar de a “vida” não nos permitir nesta reta final estar juntas, és e sempre serás a minha grande fonte de inspiração!

Resumo

A violência no trabalho tem vindo a ser alvo de uma grande preocupação por parte das organizações internacionais, devido ao aumento dos episódios de violência relacionados com os trabalhadores da área da saúde, especialmente contra os enfermeiros, apresentando estes índices mais elevados de agressões quando comparados com outros profissionais. Reconhecendo a importância e os riscos ocupacionais a que estes trabalhadores estão diariamente expostos, a presente investigação visa analisar em que medida a violência ocupacional sobre os enfermeiros, moderada pelas competências de liderança do seu gestor direto, influencia negativamente a satisfação profissional.

Realizou-se um estudo de natureza quantitativa, do tipo descritivo-correlacional e transversal. Optou-se por um tipo de amostragem não probabilística por bola de neve, numa amostra de 107 enfermeiros a exercer funções no serviço de urgência há pelo menos um ano.

Os resultados evidenciaram a presença de episódios violentos, nos três tipos de violência estudados, predominando os comportamentos enquadrados na agressão psicológica. Quanto à satisfação profissional, os enfermeiros manifestaram níveis de insatisfação, particularmente com a progressão na carreira e o salário e benefícios. Relativamente à perceção das competências de liderança do enfermeiro gestor, evidenciaram-se, com melhor desempenho as competências dos papéis enquadrados no modelo dos objetivos racionais. A influência da violência na satisfação profissional dos enfermeiros não é moderada pelas competências de liderança do enfermeiro gestor, uma vez que não foi encontrada relação entre estes constructos. No entanto foi encontrada relação entre as competências de liderança e a satisfação profissional.

Palavras-chave

Violência Ocupacional; Enfermeiros; Satisfação Profissional; Competências de Liderança

Abstract

Violence in the workplace has been a major concern among international organizations due to the increase of violence related episodes regarding healthcare workers, especially against nurses who present higher rates of aggression when compared to other professionals. Acknowledging the importance and occupational risks to which these workers are daily exposed to, this investigation aims to analyze to what extent occupational violence against nurses, moderated by the leadership skills of their direct manager, negatively influences job satisfaction.

A quantitative, descriptive-correlational and cross-sectional study was carried out. It was opted for a type of non-probabilistic snowball sampling, in a sample of 107 nurses who had been working in the emergency department for at least one year.

The results showed the presence of violent episodes, in the three types of violence studied, with a predominance of behaviors framed in psychological aggression.

As for job satisfaction, nurses expressed levels of dissatisfaction, particularly with career progression, salary and benefits. Regarding the perception of the leadership skills of the nurse manager, the skills of the roles framed in the model of rational goals showed a better performance. The influence of violence on nurses' professional satisfaction is not moderated by the leadership skills of the nurse manager, since no relationship was found between these constructs. However, a relationship was found between leadership skills and job satisfaction.

Keywords

Occupational Violence; Nurses; Professional Satisfaction; Leadership Skills

Índice

Resumo	v
Abstract	vii
Lista de Figuras	xii
Lista de Tabelas	xiv
Lista de Acrónimos	Xvi
Capítulo 1	1
1 Introdução	1
1.1 Enquadramento e problema de investigação	1
1.2 Objetivos de investigação	4
1.3 Estrutura da tese	4
Capítulo 2	7
2 Revisão da Literatura	7
2.1 Violência Ocupacional	7
2.1.1 Abordagem da violência: Modelo Conceptual	8
2.1.2 Tipos e natureza dos atos de violência no setor e saúde	11
2.1.3 Caracterização da violência contra os profissionais de saúde	12
2.1.4 Medidas preventivas da violência no trabalho	16
2.2 Satisfação Profissional	19
2.2.1 Natureza da satisfação no trabalho	19
2.2.2 Dimensões da satisfação no trabalho	22
2.3 Competências de Liderança	29
2.3.1 Conceitos e complexidade da liderança	31
2.3.2 Modelo dos Valores Contrastantes	33
2.3.3 Liderança e gestão em Enfermagem	38
2.4 Modelo conceptual e hipóteses de investigação	41
Capitulo 3	47
3 Enquadramento Metodológico	47
3.1 Tipo de estudo/abordagem de investigação	47
3.2 Variáveis e sua operacionalização	47
3.3 Instrumento de recolha de dados	49
3.4 População e amostra	51
3.5 Procedimentos formais e éticos	52
3.6 Técnica de análise dos dados	53

Violência Ocupacional, Satisfação Profissional e Competências de Liderança

Capítulo 4	55
4 Apresentação e análise dos dados	55
4.1 Caracterização da amostra	55
4.1.1 Análise descritiva das Competências de Liderança	58
4.1.2 Análise descritiva da Agressão e Violência no trabalho	60
4.1.3 Análise descritiva da Satisfação Profissional	63
4.2 Teste ao Modelo Conceptual	64
4.2.1 Estimação do modelo	64
4.2.1.1 Modelo de medição	65
4.2.1.2 Modelo estrutural	69
Capítulo 5	71
5 Interpretação e discussão dos resultados	71
5.1 Caracterização da violência contra os enfermeiros	71
5.2 Caracterização da satisfação dos enfermeiros	73
5.3 Perceção dos enfermeiros face às competências de liderança	75
5.4 Teste de hipóteses	76
Capítulo 6	79
6 Considerações Finais	79
6.1 Conclusões gerais da investigação	79
6.2 Implicações práticas	80
6.3 Limitações e Futuras linhas de investigação	81
Bibliografia	83
Apêndice	95
Anexos	99

Lista de Figuras

Figura 1.1 – Modelo Ecológico da Violência

Figura 1.2 – Modelo dos valores contrastantes de *Quinn* e

colaboradores

Figura 1.3 – Papéis de liderança e quadro das
competências de gestão

Figura 1.4 – O papel moderador das competências de liderança na relação entre
violência ocupacional e satisfação profissional

Figura 1.5 – Modelo de equações estruturais com três variáveis latentes

Figura 1.6 – Modelo de equações estruturais com três variáveis latentes e
respetivos indicadores

Figura 1.7 – Modelo final de equação estrutural e respetivos *loadings*

Lista de Tabelas

Tabela 1.1- Operacionalização das variáveis em estudo

Tabela 1.2 – Distribuição da amostra de acordo com o sexo dos

enfermeiros Tabela 1.3 – Distribuição da amostra de acordo com a

idade dos enfermeiros Tabela 1.4 – Distribuição da amostra de acordo

com os grupos etários

Tabela 1.5 – Distribuição da amostra de acordo com as habilitações

acadêmicas Tabela 1.6 – Distribuição da amostra de acordo com as

habilitações profissionais Tabela 1.7 – Distribuição da amostra de acordo com

o tempo de exercício profissional

Tabela 1.8 – Distribuição da amostra de acordo com o tempo de exercício

profissional no atual serviço

Tabela 1.9 – Distribuição da amostra de acordo com a ARS a que a instituição

pertence Tabela 1.10 - Distribuição da amostra de acordo com o departamento

Tabela 1.11 – Valores da estatística descritiva (competências de liderança)

Tabela 1.12 – Médias dos papéis (scores) da escala das competências de

liderança Tabela 1.13 - Médias dos papéis da escala das competências de

liderança

Tabela 1.14 – Valores da estatística descritiva (Violência e agressão no

trabalho) Tabela 1.15 – Valores da estatística descritiva (frequência da

violência física) Tabela 1.16 – Valores da estatística descritiva (frequência

da agressão psicológica) Tabela 1.17 – Valores da estatística descritiva

(frequência da violência vicariante) Tabela 1.18 – Valores da estatística

descritiva (satisfação extrínseca e intrínseca) Tabela 1.19 – *Loadings* dos

indicadores

Tabela 1.20 – Consistência interna e validade discriminante

Tabela 1.21 – Correlação entre os constructos e raiz quadrada

de AVETabela 1.22 – Relações estruturais

Tabela 1.23 – Lista dos Constructos

Lista de Acrónimos

NIOSH	<i>National Institute for Occupational Safety and Health</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
DSST	Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho
WHO	<i>World Health Organization</i>
OSHA	<i>Occupational Safety and Health Administration</i>
EuroFound	Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho
OIT	Organização Internacional do Trabalhador
SU	Serviço de Urgência
ICN	<i>International Council of Nurse</i>
ILO	<i>International Labour Organization</i>
PSI	<i>Public Services International</i>
SEP	Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
AGO	Associação para o desenvolvimento e Cooperação Garcia D'Orta
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo
Notifica	Sistema Nacional de Notificação de Incidentes
DSPCS	Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde
Art.	Artigo
ONVCPS	Observatório Nacional de Violência Contra Profissionais de Saúde
MVC	Modelo dos Valores Contrastantes
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
EGS	Escala Geral de Satisfação
EAVT	Escala de Agressão e Violência no Trabalho
Doi	<i>Digital object identifier</i>
Et al.	E outros
OE	Ordem dos Enfermeiros
AEE-PLS	Análise de Equações Estruturais- Partial Least Square
SEM	<i>Structural Equation Modeling</i>

Capítulo 1

1 Introdução

O primeiro capítulo concerne à Introdução, que se encontra dividida em três secções. A primeira secção apresenta o enquadramento e o problema da investigação. De seguida, foram definidos o objetivo geral e os objetivos específicos. Por último, é apresentada a estrutura da dissertação.

1.1 Enquadramento e problema de investigação

O trabalho desempenha um papel crucial na sociedade, esperando-se que o exercício da atividade ou profissão seja vivenciado de forma positiva e prazerosa e traga ao indivíduo certos benefícios, dos quais poderão resultar respostas favoráveis ou desfavoráveis perante os colegas, superiores hierárquicos ou mesmo em eventos do seu ambiente de trabalho (Waddell & Burton, 2006). É através dele que o indivíduo atinge os seus objetivos de vida e responde às suas necessidades, no entanto, esse trabalho que deveria ser fonte de satisfação e estabilidade também pode trazer sofrimento, sentimentos de insegurança doenças ou outros agravantes (Martins, et al., 2014). Isto porque, o trabalho de uma pessoa vai para além do desempenho da atividade profissional, implicando a convivência com colegas e superiores, o cumprimento de regras e políticas organizacionais e a aceitação de condições de trabalho nem sempre favoráveis ao exercício de funções (Robbins, 2005).

Enquanto espaço coletivo, o meio de trabalho, é também atingido fortemente pela violência, sobretudo, em contextos de prestação de cuidados, onde se criam ambientes vulneráveis e predispostos a situações de violência relacionadas com vários fatores, trazendo graves implicações para a saúde física e mental dos profissionais e repercutindo-se na prestação de cuidados e na qualidade da relação que os profissionais de saúde estabelecem com os utentes (Direção-Geral da Saúde, 2020). A problemática da violência no trabalho tem vindo assim, a ser reconhecida por organizações internacionais (e.g., ILO, WHO, NIOSH, EU-OSHA) e pelos investigadores como um importante problema de saúde ocupacional pelas consequências negativas e custos elevados que a ela estão associados, especialmente contra os enfermeiros, apresentando índices mais elevados de agressões quando comparados com outros profissionais. A violência contra os profissionais da saúde é uma realidade mundial, a que Portugal não é alheio, estimando-se que cerca de 50% dos profissionais da saúde sofram pelo menos um episódio de violência física ou psicológica em cada ano (OIT, 2002).

Por seu turno, os profissionais que exercem funções nos serviços de urgência, estão em contacto diário com pessoas com diversos problemas de saúde, que se encontram muitas vezes stressados pelo fato de estarem doentes, acabando por agir de forma violenta com o prestador de cuidados, gerando impactos negativos na saúde e no desempenho do trabalhador, podendo levar ao adoecimento do mesmo e insatisfação com a profissão (Tsukamoto, et al., 2019).

Atendendo a que estes fenómenos de violência, afetam diretamente os profissionais de saúde, e as repercussões que a prática da violência tem na organização, nas relações de trabalho, bem como no desempenho dos trabalhadores (Martins, 2018; DGS, 2020), considera-se importante analisar este fenómeno e as consequências de trabalhar sob a influência de pessoas com comportamento violento (Martins, 2018) e ainda determinar em que medida esta variável se constitui como preditora da satisfação profissional.

Com um mercado cada vez mais competitivo, as organizações que operam no sector da saúde manifestam uma preocupação crescente com o desenvolvimento e promoção de novas estratégias que as permitam manter a sua vantagem competitiva. Um dos fatores que contribuem para o sucesso das organizações é a liderança (Yang, Huang, & Wu, 2011). Por esse motivo, é importante que as organizações sejam constituídas por líderes capazes e que orientem a sua ação, focados nas relações positivas e no bem-estar dos seus colaboradores, e que implementam condições favorecedoras da satisfação profissional dos seus colaboradores (Alves, 2016; Castro et al., 2011; Pantaleão & Veiga, 2019). Pela mais-valia que representam para a organização, bem como para a vida profissional dos colaboradores, torna-se essencial que sejam conhecidos os principais fatores responsáveis pela satisfação profissional (Correia, 2017). Embora a pesquisa tenha mostrado diferentes níveis de satisfação no trabalho para os enfermeiros, os preditores de satisfação tendem a ser relativamente semelhantes, incluindo as condições físicas do local de trabalho, a liderança à qual o trabalhador está submetido e as relações interpessoais entre colaboradores e utentes (Alcobia, 2011; Chiavennato, 2000), a remuneração, as oportunidades de progressão na carreira, as responsabilidades e a segurança no trabalho (Graça, 1999).

Na realidade, a satisfação no trabalho, resulta na maioria das vezes, na comparação do que se espera obter com o que realmente se obtém no local de trabalho. Isto significa que, a insatisfação resulta muitas vezes das respostas inesperadas e contrárias à sua vontade (Graça, 1999). E quando as suas expectativas perante determinadas necessidades de resposta estão aquém daquilo que para ele é essencial surge a insatisfação, que priva o trabalhador da vontade de querer desempenhar novas tarefas (Moura, 2012). É inevitável a subjetividade visível neste conceito de satisfação, traduzida pela complexidade que lhe está

inerente, porque a percepção de cada indivíduo é baseada na relação entre as suas exigências, conhecimentos e as suas experiências e expectativas. Neste contexto, ao conceitualizar esta variável nos dois conceitos, emoção e atitude, tem-se em mente a resposta deste constructo a um estado emocional positivo ou a uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho (Locke, 1969 e Robbins, 2005). Quando tal sentimento e forma de estar na profissão não se verificam, devido a fatores de diversa índole, surgem, então, manifestações de sentimento contrário, concretizando-se em insatisfação.

Conforme se apresenta no presente estudo, os enfermeiros têm sido confrontados com dificuldades de variada ordem no seu dia-a-dia de trabalho, nomeadamente, excesso de utentes face ao número de enfermeiros (Silva, Silva, Wall, Lacerda & Maftum, 2015), falta de condições de trabalho (Ghazzawi, 2008), conflitos interpessoais na equipa pelo que, o conhecimento das diferentes vertentes da satisfação se constitui fundamental para o desenvolvimento dos recursos humanos, pois permite que esta atue sobre as causas de insatisfação e reforce os fatores promotores de satisfação (Correia, 2017). O binómio condições de trabalho e saúde é considerado por Ghazzawi (2008) como um dos determinantes mais importantes da satisfação no trabalho, pois para ele, o quão interessantes, desafiadoras ou enfadonhas forem as tarefas que uma pessoa executa, está relacionado com o ambiente físico do trabalho, a qualidade da interação com colegas da equipa e utentes e a forma como a organização trata os seus funcionários, incluindo uma remuneração justa, segurança no emprego e políticas equitativas. Também o ICN (2006) corrobora este pressuposto, ao referir as condições de trabalho como principal fator de risco para a violência, salientando os níveis inadequados de dotações e supervisão.

No que concerne ao binómio relacionamento profissional/utente e equipa, Rickard et al. (2012) referem que as boas relações interpessoais e a correta comunicação entre enfermeiros e os seus pares são condições indispensáveis para um melhor alcance da satisfação profissional, pelo que as organizações se devem preocupar com a criação de ambientes de trabalho que enfatizem o apoio social dos profissionais, melhorando o rendimento e reduzindo o nível de stresse (Abualrub, et al., 2009). Para além disto, o enfermeiro enfrenta ainda dificuldades no relacionamento com o seu supervisor, assim como conflitos causados pela dificuldade de articulação entre as equipas (Correia, 2016). Como facilitador deste relacionamento, Ghazzawi (2008) alerta para a importância de práticas de gestão, tais como a presença de um líder participativo, promoção de oportunidades, recursos suficientes para a execução de tarefas, formação e desenvolvimento que interligadas, terão um potencial impacto na satisfação profissional. Reconhecendo a classe profissional de enfermagem com maior representatividade no sector da saúde, é crucial o desenvolvimento de líderes perspicazes, com capacidade para tomada de adequadas decisões em prol do bem-estar individual e coletivo, bem como no

estabelecimento de relações interpessoais saudáveis, por forma a equilibrar as necessidades individuais com as da organização (Sousa, 2012).

1.2 Objetivos de investigação

Depois de se estabelecer a problemática em estudo, surge a necessidade particular de conhecimento, que se traduz na formulação de objetivos, de modo a estabelecer factos, a evidenciar as relações entre as variáveis por meio de verificações de hipóteses, predizer resultados de causa e efeito ou verificar teorias ou preposições teóricas (Fortin, 2009). Assim, a investigação a levar a cabo pretende analisar em que medida a violência ocupacional a que estão sujeitos os enfermeiros, moderada pelas competências de liderança do seu gestor direto, influencia negativamente a sua satisfação profissional. Quanto aos objetivos específicos, estes são apresentados da seguinte forma:

- i) Caracterizar a violência ocorrida contra os enfermeiros na prestação de cuidados em serviço de urgência, quanto à sua natureza e frequência;
- ii) Avaliar a perceção dos enfermeiros no SU face às competências de liderança do seu gestor direto;
- iii) Avaliar o nível de satisfação dos enfermeiros no trabalho, no global e nas dimensões intrínsecas e extrínsecas;
- iv) Determinar a relação entre a violência ocupacional, quanto à sua natureza e frequência, e a satisfação global dos enfermeiros;
- v) Compreender em que medida as competências de liderança do seu gestor direto afetam a relação entre as duas variáveis;
- vi) Determinar a relação entre as competências de liderança do seu gestor e a satisfação global dos enfermeiros.

1.3 Estrutura do trabalho

No capítulo um encontra-se a presente introdução com a finalidade de enquadrar o problema da investigação, bem como identificar os objetivos geral e específicos.

No capítulo dois apresenta-se a Revisão da Literatura sobre as variáveis em estudo - violência ocupacional, satisfação profissional e competências de liderança, fazendo o enquadramento teórico da investigação. No primeiro ponto será feita uma abordagem sobre

o fenómeno da violência ocupacional suportado do Modelo Ecológico da Violência, definido o seu conceito e natureza, identificados os principais fatores de risco dos serviços de urgência que contribuem para estes eventos, bem como algumas medidas preventivas da ocorrência destes episódios. No segundo ponto evidencia-se o conceito e determinantes da satisfação profissional dos enfermeiros. No terceiro ponto aborda-se o tema da liderança em contextos de saúde e a sua complexidade, os papéis do enfermeiro gestor e as respetivas competências de liderança, bem como as funções do líder/gestor enquanto membros essenciais na organização. Como base nestes, apresenta-se o modelo conceptual e respetivas hipóteses de investigação.

O capítulo três é composto pelo enquadramento Metodológico, o qual apresenta em primeiro lugar uma síntese dos objetivos, questões e hipóteses de investigação. De seguida, é definida a amostra, bem como, os métodos de recolha de dados e procedimentos metodológicos. São ainda identificadas as variáveis em análise, definida a amostra para a fase de investigação quantitativa e apresentado o instrumento de recolha de dados.

O capítulo quatro diz respeito à apresentação e análise dos dados. Primeiramente é caracterizada a amostra e efetuada a análise descritiva das variáveis do questionário. Os pontos seguintes correspondem à aplicação teste ao modelo conceptual, através da análise de equações estruturais para aferir se as hipóteses de investigação, formuladas no capítulo dois, são validadas.

O capítulo cinco apresenta a interpretação e discussão dos resultados obtidos onde se confronta a literatura com os resultados do presente estudo.

Por último, o capítulo seis expõe as Considerações finais dando ênfase ao contributo dos resultados obtidos na temática em estudo, com algumas implicações práticas para a gestão de recursos humanos em contextos de saúde, e por fim apresentadas as limitações e futuras linhas de investigação.

Capítulo 2

2 Revisão da Literatura

O capítulo dois apresenta o enquadramento teórico que serve de suporte ao desenvolvimento da presente investigação. Este capítulo está dividido em três secções: violência ocupacional, satisfação profissional e as competências de liderança do enfermeiro gestor.

2.1 Violência Ocupacional

Ao longo do tempo, a violência no trabalho tem vindo a ser alvo de uma grande preocupação por parte das organizações internacionais, devido ao aumento dos episódios de violência relacionados com os trabalhadores da área da saúde, especialmente contra os enfermeiros, apresentando estes índices mais elevados de agressões quando comparados com outros profissionais. Os riscos ocupacionais a que estes trabalhadores estão diariamente expostos (como a violência) levaram a que este fenómeno tenha sido considerado como um grave problema de saúde pública (NIOSH, 2002; OMS, 2002). Isto porque, estes profissionais lidam diariamente com situações de violência, queixas e comentários de outros profissionais de saúde que também foram alvo de violência.

Partindo dos dados sobre a existência de violência contra os enfermeiros ser uma realidade em Portugal e, atendendo ao modo como afeta diretamente os profissionais de saúde, nomeadamente nos serviços de urgência, considera-se importante analisar este fenómeno, tendo em conta a sua natureza e frequência, bem como as consequências de trabalhar sob a influência de pessoas com comportamento violento (Martins, 2018). Ao longo deste estudo, apenas se focará a violência de natureza física ou psicológica, dado serem os tipos mais frequentes em profissionais de saúde (OMS, 2002). Tendo em conta a dimensão multifatorial da origem do problema, seguir-se-á uma abordagem sobre este fenómeno, suportado no Modelo Ecológico da Violência. Identificar-se-ão e analisar-se-ão, ainda, os principais fatores de risco que contribuem para estes eventos ligados à instituição, aos profissionais e aos utentes ou seus familiares, bem como algumas medidas preventivas da violência no trabalho.

Para além disto, serão também apresentados, estudos que abordam esta problemática, relacionando-a com efeitos diretos e indiretos na satisfação profissional, mediados pelas competências e respetivos estilos de liderança.

2.1.1 Abordagem sobre a violência: Modelo Conceptual

O trabalho desempenha um importante papel na sociedade, sendo esperado que cada pessoa exerça uma atividade/profissão que lhe traga diversos benefícios (Waddell & Burton, 2006). No entanto, o trabalho nem sempre é vivenciado de forma positiva, tornando-se o local de trabalho um ambiente prejudicial, quando, por exemplo, um trabalhador é vítima de violência na sua atividade profissional, transformando-se num sério risco para a sua segurança e saúde (Lanctôt e Guay, 2014). Por representar um problema de saúde pública, a violência ocupacional tem sido foco de estudos na comunidade científica a nível mundial, pois está associada aos diversos impactos negativos na saúde biopsicossocial, tornando-se numa ameaça ao bem-estar do trabalhador (Tsukamoto, Galdino, Robazzi, Ribeiro, Soares, Haddad & Martins, 2019).

Qualquer abordagem teórico-metodológica sobre a violência implica uma reflexão sobre a complexidade e controvérsia à volta desta temática levando ao aparecimento de diferentes teorias, que nem sempre abrangem todas as componentes deste conceito. Esta é uma realidade plural, multifatorial e diferenciada, cujas especificidades necessitam ser estudadas (Correia, 2016). Partindo desta pluricausalidade, tem sido desenvolvida investigação acerca das diversas consequências que esta pode ter no contexto de trabalho, a nível individual, organizacional e social, assim como sobre propostas de intervenção face ao fenómeno (Lanctôt e Guay, 2014).

O conceito de violência tem assumido um carácter dinâmico ao longo dos tempos, e nem sempre consensual. O seu significado difere de acordo com os diversos contextos socioculturais (Prazeres, Perdigão, Menezes, Almeida, Machado, & Silva, 2014), particularmente no que diz respeito à legitimação ou reprovação de práticas violentas. Relativamente à variação temporal e espacial, os mesmos autores, consideram-na como uma violação dos sistemas de normas e de valores vigentes em cada momento social, bem como uma agressão à integridade da pessoa. Ainda Chappell e Di Martino (2006) constatarem, nos estudos analisados, inconsistências na forma como o conceito foi operacionalizado, devido às diferentes definições e formas de classificar a violência no local de trabalho. Encontraram também, dificuldades associadas às variações nos critérios de codificação adotados pelas diferentes autoridades, bem como às interpretações culturais do fenómeno em cada país. Estes aspetos têm dificultado, na perspetiva de Escribano, Beneit e Garcia (2019), a comparação dos resultados obtidos nos últimos vinte anos de investigação, atendendo a que o objetivo principal dos estudos nessa área visa a implementação de programas de intervenção que permitam aos funcionários, gestores, líderes sociais e políticos criar estratégias para abordar a violência em ambientes de saúde.

Já em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS), tinha publicado o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, definindo-a como o uso intencional de força física ou poder contra si, contra outra pessoa ou grupo, que pode causar morte, dano psicológico, lesão, alterações do desenvolvimento ou de privação. Este conceito engloba componentes ligadas à intencionalidade do ato, ao poder, ao alvo e à natureza da violência, abrangendo aspetos como negligência ou atos de omissão, para além de todos os tipos de ações violentas de natureza física, psicológica ou sexual (Prazeres et al., 2014). Isto significa que, relativamente à intencionalidade do ato, o uso de força não é sinonimo de que tenha havido intenção consciente de causar dano, mesmo tendo-o causado. Por outro lado, o agressor pode cometer um ato intencional perigoso, com resultados prejudiciais à saúde, mas não o ter entendido assim. Deste modo, a intencionalidade, pode ser considerada relativa, o que torna ainda mais complexa a definição de violência (Dahlberg e Krug, 2007).

Para a compreensão da causalidade da violência contra profissionais de saúde, a OMS, considerou que a mesma deve ser orientada pelo Modelo Ecológico da Violência (Figura 1), uma vez que refere um conjunto de fatores de risco que explicam o modo violento como as pessoas se comportam em relação a outras, abrangendo diferentes níveis como o individual, o relacional, o comunitário e o social, numa perspetiva de ciclo vital (DGS, 2020). Na prevenção do fenómeno devem igualmente ser tidos em conta aspetos que não sendo a causa direta, poderão funcionar como agravantes, pois não existindo na organização ou existindo de forma inadequada, poderão servir como meios para mitigar os episódios de violência. Como exemplos podem ser apontados, a acessibilidade, instalações e equipamentos apropriados, atendimento e/ou encaminhamento nos cuidados de saúde, sistemas de segurança e sistemas de notificação adequados.



Figura 1.1 -Modelo Ecológico da ViolênciaFonte: Direção-Geral da Saúde (2020, p.27)

No momento próximo em que o episódio de violência ocorre, de acordo com o modelo em análise, devem ser identificados os fatores precipitantes, como por exemplo: o excesso de burocratização, a má gestão de expectativas perante os cuidados, a insuficiente formação dos profissionais sobre esses episódios, stresse, fadiga e exaustão. Não estando presentes na

organização, estes podem ser considerados como fatores dissuasores da violência (DGS, 2020).

Dos episódios de violência, podem advir várias consequências, tanto para as vítimas de violência, provocando danos físicos (e.g. fraturas e tensão muscular) ou psicológicos (e.g. sentimento de baixa autoestima, depressão, ansiedade, falta de motivação, fadiga, irritabilidade, distúrbios de sono e alimentação) e afetando a sua capacidade de trabalho e/ou a sua esfera pessoal, familiar e social; como para a instituição de saúde, pela falta temporária ou permanente do profissional agredido, pelo sofrimento dos restantes profissionais e utentes e pela imagem pública da instituição (DGS, 2020). Estudos recentes também mostraram que a violência no local de trabalho pode trazer efeitos negativos à saúde do trabalhador, levando a atitudes negativas em relação ao trabalho, como tristeza, stresse, medo, esgotamento e insatisfação com o trabalho após experienciar violência ocupacional (Hassankhani, Parizad Gacki-Smith, Rahmani, & Mohammadi, 2018).

Como consequências da violência contra enfermeiros, Renker (2015) refere, no seu estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América, que as enfermeiras sofrem efeitos da violência a curto e a longo prazo. Além das consequências físicas, como as lacerações, hematomas e lesões músculo-esqueléticas, sofrem também os danos e sequelas emocionais do transtorno pós-traumático, como a raiva, medo, vergonha e dificuldade em manter a concentração. Esta situação, na perspetiva de Bernardino (2017), afeta física e mentalmente os enfermeiros envolvidos, bem como os que observam os episódios de violência. No âmbito institucional, verifica-se a diminuição do comprometimento organizacional e a redução da qualidade do trabalho prestado (Tsukamoto et al., 2019), uma vez que a existência destes episódios aumenta o absentismo e leva a que os trabalhadores que sofreram agressão evitem o contato com o utente, prejudicando assim a qualidade dos cuidados prestados. Resultados idênticos foram elencados pela Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho (DSST, 2017) ao identificar sentimentos de insegurança pessoal e profissional, medo, níveis reduzidos de satisfação no trabalho e desempenho e comprometimento do bem-estar físico e afetivo. Todo e qualquer tipo de violência exercida no local de trabalho representa uma ameaça ao bom funcionamento da instituição, estando de igual forma, associados elevados custos, diretos e indiretos. Para além destes, contribui ainda para a construção de uma imagem negativa do serviço e da unidade de saúde, fraco sentimento de pertença institucional por parte dos profissionais, empobrecimento do capital humano e ambientes menos propícios ao trabalho (DGS, 2020).

A *World Health Organization* (2018) considera inaceitável a violência contra profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, pois as agressões quer físicas ou psicológicas podem não só afetar a pessoa em questão, como os colegas e a própria organização, com reflexo na sua

motivação e satisfação profissional. Neste sentido, é importante conhecer a dimensão da violência contra os enfermeiros e os tipos de violência mais comuns.

2.1.2 Tipos e natureza dos atos de violência no setor e saúde

A evolução da ciência e da tecnologia tem criado ambientes de saúde muito complexos, com mais conhecimentos por parte dos utentes, tanto relativamente às situações de saúde/doença como aos seus direitos, tornando-os mais exigentes no cumprimento dos seus direitos e nas suas expectativas dos cuidados (DGS, 2014). Estes aspetos, de acordo com a mesma entidade, levam a que os profissionais de saúde fiquem expostos, como o lado visível da organização de saúde e que enfrentem a indignação, as frustrações, as reclamações e os conflitos dos utentes, conduzindo a uma maior predisposição para a existência de atos de violência (Lanctôt & Guay, 2014). Estando, estes, sujeitos a vários episódios de violência ao longo da sua carreira profissional, em 2018, a WHO constatou que cerca de 8% a 38% dos profissionais de saúde já teriam presenciado algum tipo de violência física e que muitos mais já teriam sido ameaçados ou expostos à agressão verbal. Verificou ainda, que a violência era maioritariamente praticada por doentes e visitantes.

Quanto à tipologia da violência a OMS considerou três grandes categorias (OSHA, 2004). Na primeira categoria (Tipo I), estão incluídos atos violentos levados a cabo por criminosos, como por exemplo, furtos ou crimes afins, sem qualquer ligação com o local de trabalho. A segunda categoria (Tipo II) incluiu a violência, exercida por alguém fora da organização, dirigida a profissionais, utentes, alunos, reclusos, sendo os enfermeiros e funcionários dos serviços sociais os mais vulneráveis a este tipo de violência. Na terceira (Tipo III) refere a violência exercida contra os colegas de trabalho, supervisores ou administradores, por parte de um profissional ou ex-trabalhador da organização. Nesta perspetiva, também Contrera-Moreno e Contrera-Moreno (2004) classificam a violência ocupacional segundo outros três tipos: a externa, a provocada pelo cliente e a interna. No que se refere à violência externa, o agente não pertence à organização, ou seja, é um desconhecido. A violência provocada pelo cliente ocorre pelo facto de os profissionais tratarem e lidarem com indivíduos em situações muito diversificadas, nomeadamente com desequilíbrios do foro psiquiátrico (e.g., demências, dependência do álcool) e seus familiares, que, em situações de crise, se podem tornar violentos. No que diz respeito à violência interna, esta ocorre em trabalhadores da mesma instituição, tendo a sua origem em colegas de trabalho ou em superiores hierárquicos (e.g., *mobbing*). No contexto do presente estudo, focar-se-á apenas a violência do Tipo II ou violência provocada pelo cliente.

Numa tentativa de entender a natureza da violência, o meio em que ocorre e a relação entre o agressor e o agredido, esta pode ser classificada em violência física, psicológica, sexual, por privação ou negligência (OMS, 2002). Contudo, esta classificação possui limitações,

pois existe uma linha bastante tênue entre os tipos de violência, não sendo sempre possível diferenciá-los. Desta forma, a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho alertou para a importância de discriminar no conceito de violência no trabalho a violência física e a psicológica, atendendo às ações por um lado e, por outro, às ameaças/intenções (Eurofound, 2013). Para Barling (1996 cit. in Pacheco, 2016), a natureza do fenómeno da violência no trabalho colocar-se-á em termos de comportamentos que vão da agressão psicológica (e.g., ser tratado de forma rude) à violência física (e.g, pontapear, morder). Embora semelhantes, empiricamente relacionados, correspondem a diferentes constructos (Barling et al., 1987 cit. in Pacheco, 2016). Bater, agarrar ou cuspir (ou a sua ameaça), de natureza mais física, ou seja, comportamentos que envolvem algumas formas de contacto físico (Dionisio, Barling & Dupré, 2012) estão para a violência física no trabalho; enquanto ser insultado verbalmente, ser tratado com desrespeito, cuja ênfase é mais de natureza psicológica (Barling, Dupré & Kelloway, 2009; Shat & Frone, 2011), estarão para a agressão psicológica no trabalho.

Algumas investigações demonstraram que a agressão psicológica no trabalho é mais frequente do que a violência física, e que causa na pessoa agredida (40 a 70% das vítimas) níveis de stresse consideráveis (Barbosa, Labronici, Sarquis e Mantovani, 2011). Segundo os mesmos autores, este tipo de violência vai muito além das agressões e ofensas pessoais, estando associada a efeitos nefastos para o indivíduo e para as organizações (Barling, 1996; Schat & Kelloway, 2005) e colocando em perigo a produtividade, qualidade dos cuidados e o desenvolvimento das atividades profissionais, sendo que as mulheres são especialmente vulneráveis a este comportamento. Apesar da violência física, ser menos comum que a agressão psicológica, continua a ser um dos tipos de violência mais presentes no mundo do trabalho, seguindo-se, depois a violência sexual. Assim torna-se necessário informar e consciencializar todos os cidadãos para esta realidade.

Dando resposta a esta problemática, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) defende o direito a um mundo de trabalho livre de violência, por esta ser uma “séria ameaça à igualdade de oportunidades e dignidade laboral, ferindo princípios éticos fundamentais, dos quais se destacam Justiça, Não Maleficência, Beneficência, Respeito pela Dignidade Humana e Vulnerabilidade” (DGS, 2020, p, 17).

2.1.3 Caracterização da violência contra os profissionais de saúde

A violência, segundo a OMS (cit. por DGS, 2015), é um dos maiores problemas de saúde pública, a nível mundial, estimando-se que cerca de 50% dos profissionais de saúde sofram pelo menos um episódio de violência física ou psicológica em cada ano (OIT, 2002, cit. in DGS, 2020), colocando em causa o desempenho dos enfermeiros na prestação de cuidados

de qualidade aos doentes.

Nos serviços de urgência (SU), um pouco por todo o mundo, cada vez mais são registado atos de violência contra os enfermeiros, por ser uma profissão que exige níveis significativos de contacto muito próximo com doentes críticos e suas famílias (Costa, 2005; Mayhew & Chappell, 2007), onde estão presentes múltiplos fatores que predispõem à violência. A dor, o desconforto, a tensão, a impaciência e os longos períodos de espera, são alguns dos fatores intensificados pela falta de privacidade e espaço reduzido dos serviços de urgência, causando irritabilidade e manifestação de condutas violentas. Os episódios de agressão dirigidos a profissionais de saúde, de acordo com Contrera-Moreno e Contrera-Moreno (2004), ocorrem geralmente quando o doente está agitado, ao receber más notícias, ou ainda, quando lhe é solicitado fazer algo que não deseja. Devido a sentimentos de angústia e exaustão, também os familiares ou outros acompanhantes, segundo Martins (2018), assumem uma postura de proteção e defesa das necessidades do utente que acompanham, podendo estes apresentar indignação pelo tempo de espera, pelo tipo de atendimento e pela falta de informação sobre a situação clínica, mas igualmente, deles próprios por serem cuidadores exaustos, de estarem a viver momentos de fragilidade emocional, do choque de diagnósticos e de doença inesperada, que perturbam toda a dinâmica do sistema familiar.

A par da realidade supramencionada, para Silva, Silva, Wall, Lacerda & Maftum, (2015) frequentemente os serviços de urgência estão sobrelotados, com instalações exíguas e desajustadas, às necessidades dos doentes e seus acompanhantes. A dotação insuficiente de profissionais para a prestação de um atendimento individualizado adequado a cada utente, também contribui, para a ocorrência deste tipo de eventos, uma vez que provoca excesso de trabalho, stresse, desgaste físico e demora no tempo de atendimento (DGS, 2020). O International Council of Nurses (ICN, 2006) refere-se a esta problemática, focando-se nas condições de trabalho como o principal fator de risco para a violência, salientando-se os níveis inadequados de dotações e de supervisão, trabalhadores com contratos temporários ou precários e sem experiência, carga laboral exigente, trabalho por turnos, pouca segurança nas instituições, intervenções que requerem contato físico, locais de trabalho com muita acessibilidade e pouca privacidade.

Tendo como propósito a classificação dos fatores de risco associados à violência no local de trabalho, Atan, Arabaci, Sirin, Isler, Donmez, et al., (2013), classificam-nos em ambientais e relacionais. Os riscos ambientais referem-se à falta de segurança, ao tempo de espera para atendimento, a tratamentos prolongados, ao tempo de espera para conhecimento de resultados de exames complementares de diagnóstico e, ainda à sobrelotação de doentes. Os riscos relacionais são os que estão diretamente ligados às características dos doentes, tais como a idade, o sexo, as habilitações literárias, problemas de comunicação, o abuso de substâncias e problemas emocionais (medo, ansiedade e raiva) e às características dos

profissionais como a falta de experiência, às dotações inadequadas e inseguras e sobrecarga horária.

Ainda, as *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service* de 2015 da *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA), identificam três principais fatores de risco associados à violência contra os profissionais de saúde, nomeadamente sobre os enfermeiros, no seu local de trabalho, sendo eles relativos às seguintes dimensões (Costa, 2018, p, 45):

- Ambiente: existência de indivíduos traumatizados no serviço de urgência, com perturbações mentais (como membros de gangues, alcoólicos ou toxicodependentes), presença de pessoas estranhas à instituição e familiares perturbados e estacionamento pouco iluminados.
- Práticas de trabalho: longos períodos de espera no Serviço de Urgência, poucos profissionais para as necessidades de cuidados, prestação de cuidados individualizados e falta de formação de pessoal para responder de forma adequada às situações de agressão e de gestão destes comportamentos.
- Características das vítimas e dos autores: as vítimas são frequentemente enfermeiros sem formação nesta área ou jovens pouco experientes; os agentes da agressão detêm com frequência antecedentes de comportamentos violentos ou mesmodiagnóstico de doença mental ou de consumo de substâncias ilícitas.

Mensurar a extensão da violência no ambiente de trabalho, torna-se desta forma, um processo complexo, pois existem diversos impedimentos, associados à falta de uma definição consistente bem como à subjetividade da mesma por parte das vítimas (ContreraMoreno & Contrera-Moreno, 2004). Neste sentido, apresentar-se-ão seguidamente, resultados de estudos sobre a violência exercida nos profissionais de saúde, permitindo situar e suportar o conhecimento sobre esta realidade que ocorre em diferentes unidades de prestação de cuidados, inclusivamente no serviço de urgência.

Tendo em conta estudos nacionais sobre a violência ocupacional exercida contra os profissionais de saúde, o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP, 2000), num estudo realizado em centros de saúde e hospitais concluiu que os profissionais de saúde do género feminino e os responsáveis de enfermagem são os mais vulneráveis a ataques, bem como os que trabalham em serviços com estruturas antiquadas, nos SU e na psiquiatria. Nos centros de saúde, o tipo de violência mais relatado foi a violência de natureza psicológica e igualmente distribuída entre enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde. Já a violência ocorrida em meio hospitalar é mais relatada pelo setor de enfermagem. Quando questionados os gestores (diretor clínico e enfermeiro diretor) de seis hospitais sobre o problema, estes afirmaram que "(...) a violência é uma expectativa natural no meio

hospitalar e não deve ser vista fora deste contexto. É um risco profissional (...)”, ou seja, para aqueles gestores a violência é entendida como um meio a que o utente recorre para chamar a atenção, devendo ser vista mais como um conflito do que como violência consciente. A violência psicológica é a mais frequente no geral e a violência física verifica-se mais no SU por a ele recorrem indivíduos perturbados (toxicodependentes, alcoólicos, doentes com patologias mentais), em situação de urgência ou de doença aguda. Quanto às medidas propostas pelos gestores que participaram neste estudo para diminuir a violência, estes afirmaram ser importante diminuir os “casos sociais” no hospital, formar os profissionais de saúde com competências relacionais, em resolução de conflitos e ética, devendo o profissional dirigir-se ao utente de um modo amável, simpático e mostrar-se interessado, acrescentando que os profissionais se devem consciencializar que a violência no trabalho é uma possibilidade real (SEP, 2000).

Abordando um estudo de caso também português de Ferrinho, Biscaia, Fronteira, et al. (2003) que ocorreu entre 2000 e 2003 numa iniciativa entre várias entidades, entre as quais a OMS, e conduzido pela Associação para o Desenvolvimento e a Cooperação Garcia de Orta (AGO), concluiu-se que o tipo de violência mais frequente contra os profissionais de saúde era o psicológico tanto nos enfermeiros como nos médicos. No entanto, a violência física verificou-se mais nos enfermeiros, quer em hospitais (37%) como em centros de saúde (54%). A maioria das vítimas de violência física consideram-na como sendo frequente no seu local de trabalho e, excetuando o assédio sexual, são mais prevalentes nos profissionais de saúde do sexo masculino. Os doentes e os seus familiares apresentaram-se como os agressores mais frequentes, sendo que todas as agressões físicas foram praticadas por agressores masculinos. A grande maioria dos profissionais mostrou-se insatisfeita perante a forma como a Instituição lidou com o incidente. Por fim, verificou-se que as vítimas praticamente não apresentaram queixa contra o agressor, sendo os médicos que mais denunciaram as agressões.

Em 2015, tendo em conta os Relatórios de Avaliação dos Episódios de Violência contra os Profissionais de Saúde em Portugal, a DGS publicou um relatório baseado nas 582 notificações espontâneas *online* realizadas pelos profissionais afetados, em que as formas de violência mais frequentes foram a discriminação/ameaça, a injúria, a pressão moral e a difamação. Seguindo a mesma linha orientadora o Departamento da Qualidade na Saúde da DGS, em 2015, afirma que, das 531 notificações reportadas ao sistema, 302 eram provenientes de hospitais, entre as quais, 89 ocorreram em serviços de urgência. Para além disto, as notificações foram predominantes no grupo etário dos 30-39 anos (237 notificações), nos profissionais de saúde do sexo feminino (426 notificações) e em enfermeiros (235 notificações), sendo a violência psicológica a mais praticada. No que diz respeito aos agressores, verificaram que 307 eram doentes, 129 eram familiares do doente

e 17 eram acompanhantes do doente. Nos serviços de urgência, predominam os doentes como agressores (47), seguidos dos familiares do doente (28). A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), por sua vez, apresentou o maior número de notificações, fazendo com os serviços de urgência, pertencentes a esta administração, sejam considerados, um dos locais mais notificados de 2014.

No último relatório do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (Notifica) relativo a todas as notificações desde o início do sistema em 2014 até ao último trimestre de 2019, foram registadas 5251 notificações. No entanto, desde 2017, que a tendência de notificações de situações de violência contra os profissionais da saúde tem sido crescente, verificando-se entre 2017 e 2019 um aumento de casos notificados, correspondendo a 593, 953 e 995 nos anos de 2017, 2018 e 2019, respetivamente (DGS, 2020).

Mais recentemente, em 2020, foi realizado um estudo num hospital público em Portugal e publicado pela DGS com recolha de dados através de entrevistas (seis trabalhadores) e aplicação de um questionário a 3 214 trabalhadores. Dos resultados obtidos, evidencia-se que foram reportados 41 episódios de violência, com uma distribuição de tipos de violência idêntica aos estudos anteriores, tendo somente 23,8% das vítimas notificado o incidente. A maior parte das vítimas (85,71%) referiram manter-se em estado de hiper vigilância permanente, 78,57% dos participantes não conheciam ou conheciam mal os procedimentos de notificação e 85,71% afirmaram ser possível minimizar o problema. Com base nestes resultados, a DGS (2020) refere, como principais fatores de risco, o acesso livre às zonas de trabalho, a ausência de agentes de segurança e polícia ou falta da intervenção desta, a baixa notificação e consequente ausência de estratégias organizacionais preventivas, o efeito prejudicial do estado de hiper vigilância na sequência de exposição ao stresse e a ameaças, e o impacto negativo da violência na saúde dos trabalhadores (DGS, 2020).

Assim, é necessário reverter o aumento que se tem verificado no número de profissionais de saúde, principalmente de enfermeiros, que sofrem violência no local de trabalho, para que se possam prestar cuidados de enfermagem com mais qualidade e para que os enfermeiros e outros profissionais de saúde não sofram consequências das agressões, pelo que é importante a existência de uma abordagem individualizada no âmbito da saúde ocupacional da organização, no sentido de prevenir estes atos e minimizar os seus efeitos (DGS, 2014).

2.1.4 Medidas preventivas da violência no trabalho

Considerando a evidência apresentada, urge promover a adoção de medidas preventivas e punitivas mais severas para os agressores e incentivar a notificação dos incidentes. Tendo consciência de que não existem medidas infalíveis para a prevenção da violência,

primariamente deve ser efetuado um levantamento dos fatores de risco em cada ambiente de trabalho, pois estes variam tendo em conta diferentes contextos (NIOSH, 2002). Além disso, compreender as origens e consequências da violência no local de trabalho pode, igualmente, facilitar o desenvolvimento de estratégias para a sua prevenção.

Assim, de acordo com o ICN, a OIT e a OMS (2002), para a avaliação dos riscos profissionais, torna-se crucial fazer um correto diagnóstico da situação, baseado em documentos da instituição sobre incidentes e absentismo, identificação dos fatores de risco, análise do estilo de liderança, auditorias no local de trabalho, entre outros. Com os objetivos de desenvolver e disseminar políticas preventivas da violência, baseadas na evidência e aumentar a consciencialização do público em geral e dos enfermeiros para os sinais e sintomas de violência, o ICN (2017) estimula as associações de enfermeiros, em colaboração com o respetivo governo, para a definição de estratégias de resposta perante a situação. Desta forma, é fundamental na ótica do mesmo autor, a formação e treino dos enfermeiros na gestão de situações de violência, permitindo que estes lidem de forma adequada perante a situação, refletindo sobre as formas de agressão e métodos para a controlar.

Organizações como a WHO, *International Labour Organization* (ILO) e *Public Services International* (PSI) têm desenvolvido orientações conjuntas sobre a forma de lidar com a violência no local de trabalho no sector na saúde por forma a suportar o desenvolvimento de políticas de prevenção da violência em contextos não emergentes, bem como a construção de instrumentos de investigação para analisar a importância e as consequências da violência nesses locais de trabalho (WHO, 2018). Para estas situações de emergência/urgência, a WHO (2018) desenvolveu também métodos para recolha de dados sobre os atos de violência nestes serviços, sobre os profissionais de saúde e doentes.

Sendo os serviços de urgências locais onde o fenómeno da violência está muito presente, o SEP (2000), propôs a aplicação de medidas de segurança nesses serviços, através da contratação de seguranças, porteiros, colocação de alarmes, fornecimento de telemóveis; melhoria das condições de iluminação, ruído, temperatura, higiene e privacidade nos edifícios; restrição do acesso ao público, triagem de doentes agressivos para locais específicos, protocolos específicos para doentes (transporte e procedimentos); dotações adequadas nos diferentes grupos profissionais; ajustes no número de horas de trabalho, no trabalho por turnos e serviço noturno; e maior responsabilização dos utentes pelos seus atos.

Também em Portugal, surge a circula Informativa nº 15/DSPCS da Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde (DSPCS) da DGS (2006), que considera a violência como um problema de saúde pública, criando, em 2007, o Observatório Nacional da Violência

Contra os Profissionais de Saúde (ONVCPS), no sentido de promover a colaboração das instituições de saúde no combate à violência e obtenção de dados para que se possam realizar estudos nacionais. No sentido de acompanhar e recolher informação sobre esta temática, este Observatório disponibiliza um sistema de notificação *online* dos episódios de violência contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, onde todos os profissionais pudessem registar e descrever, de forma confidencial os episódios de violência (Martins, 2018). Para além disto, disponibiliza também documentos de referência e instrumentos úteis na abordagem da violência contra profissionais de saúde (e.g. questionários, exemplos de normas internas, *check-lists*).

Múrias, Sales e Moraes (2015) referem, ainda, a importância da existência de um código de boas práticas que deve ser difundido e contribuir para a consciencialização das situações de violência existentes na organização, criando uma política de prevenção da violência no local de trabalho, definindo e proibindo comportamentos de violência, intimidação ou assédio; assegurando um ambiente de trabalho isento dos atos de violência; formando e sensibilizando contra a violência no trabalho; criando mecanismos internos de receção e investigação dos casos de violência; garantindo os direitos dos trabalhadores da organização e reprovando e censurando todos os comportamentos violentos, sancionando os infratores.

Também a OIT, ICN e a OMS (2002), lançaram um quadro de diretrizes para lidar com a violência no local de trabalho no setor da saúde, acrescentando que os trabalhadores devem procurar reduzir e eliminar os riscos relacionados a violência no trabalho seguindo as políticas e procedimentos no local de trabalho, frequentar formações, relatar incidentes e procurar orientação quando sofreram ou estão em risco de sofrer violência ocupacional. As Instituições devem assegurar a presença de número suficiente e adequado de trabalhadores e com qualificações, principalmente nos períodos com maior afluência de doentes, em SU, quando se cuida de doentes com antecedentes de agressividade e assegurar a rotatividade de trabalhadores com funções particularmente exigentes. Para que tal aconteça os gestores e autoridades competentes devem promover o lançamento de campanhas de sensibilização e solicitação de dados estatísticos sobre a prevalência, causas e consequências da violência aos trabalhadores no seu local de trabalho. Deste modo, Organizações de saúde, como a DGS (2014), alerta para que todos os profissionais de saúde estejam esclarecidos sobre os diferentes tipos e situações de violência no trabalho, bem como acerca de formas de as prevenir. Torna-se, assim, fundamental, segundo o mesmo autor, que estes relatem e documentem todo e qualquer episódio de violência no local de trabalho, incentivando e estimulando a vítima a notificar o incidente relacionado com o episódio de violência, logo que possível, garantindo a confidencialidade do profissional de saúde e, ao mesmo tempo, possibilitando a identificação da principal causa para que possam ser implementadas

medidas de prevenção de novos incidentes.

Neste contexto, em que os locais de trabalho são um dos principais ambientes que afetam a saúde e o bem-estar físico e mental dos trabalhadores, a prevenção de riscos psicossociais, torna-se um instrumento privilegiado e necessário. É nesta sequência que se considera importante avaliar quais os fatores que interferem direta ou indiretamente na satisfação profissional, onde a vivência de acontecimentos violentos a pode modificar.

2.2 Satisfação Profissional

Tendo presente a problemática do estudo, neste capítulo, proceder-se-á a uma exploração teórica da satisfação profissional, incluindo os diferentes conceitos e fatores determinantes, no sentido de uma melhor compreensão sobre a influência que esta variável poderá ter sobre a violência no local de trabalho. Abordar-se-á também particularmente o caso da satisfação profissional dos Enfermeiros, identificando alguns estudos que reflitam as diferentes dimensões da satisfação e sua implicação na qualidade dos cuidados prestados.

2.2.1 Natureza da satisfação no trabalho

A abordagem desta temática assumiu, ao longo dos anos, um tema central e de extrema importância, para as organizações, tendo em conta a valorização do capital humano e a consequente fixação ou retenção do mesmo, associada a uma maior e melhor eficiência e eficácia das empresas (Castro et al., 2011; Alves, 2016). Por sua vez, a satisfação do funcionário no trabalho leva também ao aumento da satisfação do cliente, contribuindo para o incremento do lucro e estabilidade organizacional (Bhagwandeem, 2021). Tendo em conta esta linha orientadora, é fundamental que qualquer organização tenha como finalidade maximizar o desempenho e a qualidade de vida dos seus colaboradores, proporcionando-lhes um ambiente de realização profissional com oportunidades de crescimento pessoal, bem-estar e motivação no sentido de atingir o seu potencial máximo (Brázio, 2016). Se não existir preocupação por parte dos supervisores, os funcionários deixam de se sentir motivados a trabalhar, pelo que a satisfação no trabalho deve constituir-se como meta essencial que os gestores definem para a organização (Bhagwandeem, 2021).

Os primeiros passos dados no âmbito do estudo da satisfação profissional surgiram na década de 90, por parte dos teóricos, investigadores e gestores a partir do momento em que o modelo taylorista da organização do trabalho foi posto em causa e se valorizou o fator humano da empresa. Desde então, a satisfação no trabalho foi considerada de primordial importância por, direta ou indiretamente, estar associada à produtividade e à realização pessoal dos seus trabalhadores, apesar de nenhuma destas duas relações causais estar empiricamente provada (Castro et al, 2011). Também Weinert (1987 cit. in Correia, 2017) defende a importância da relação entre a satisfação e o clima organizacional, bem como a

preocupação dos superiores com as atitudes e sentimentos dos seus trabalhadores, face ao trabalho. Desta forma, a satisfação no trabalho aparece como o problema estudado na literatura organizacional, com posições teóricas muito diversas em relação à natureza dos seus determinantes (Carlotto & Braun, 2014).

No âmbito da satisfação nos enfermeiros, esta temática carece de estudos pela influência que a mesma pode exercer sobre o trabalhador, afetando a sua saúde física e mental, as atitudes, o comportamento profissional e social, com repercussões tanto para a vida pessoal e familiar do indivíduo, como para a organização (Fontes, 2009). A par desta realidade, um dos motivos de interesse do estudo da satisfação no trabalho prende-se com as consequências desta, não só para o trabalhador como também para os colegas de trabalho, supervisores e para a organização como um todo (Figueiredo, 2012).

Atendendo à complexidade da problemática da satisfação no trabalho, bem como a importância que esta assume por parte dos gestores e investigadores, é importante abordar os vários conceitos ou definições no sentido de facilitar a sua compreensão. Em termos gerais, interessa perceber de que forma a satisfação no trabalho se traduz no sucesso ou insucesso da organização, partindo da análise das diferentes dimensões da satisfação e sua relação com a vivência dos fenómenos da violência sobre os enfermeiros.

De entre as várias definições propostas para este conceito, Alcobia (2011) propõe conceptualizá-la em duas perspetivas distintas, ora como uma emoção, ora como uma atitude. Analisando a satisfação como emoção ou resposta afetiva, uma das definições mais citadas é a de autores como Locke (1969, p, 316) que considera a satisfação de uma forma clara e muito assertiva, como “um estado emocional positivo ou de prazer, resultante da avaliação do trabalho ou das experiências proporcionadas pelo trabalhador”. Esta perspetiva de resposta emocional, associa-se ao enfrentamento de um conjunto de situações que podem assumir um carácter positivo ou negativo, como atrasos, absentismo e/ou afastamento da organização. Kinicki e Kreitner (2006; cit. in Neves, 2013) alertam para o facto de a satisfação não ser um conceito unitário, uma vez o profissional pode estar relativamente satisfeito com um aspeto do seu trabalho e insatisfeito com outro.

Outra das conceptualizações mais frequentes, a de Robbins (2005), descreve a satisfação como uma atitude global em relação ao trabalho que realiza, podendo resultar numa resposta favorável ou desfavorável perante determinados objetos, pessoas ou eventos do seu ambiente de trabalho. Simultaneamente, o mesmo, alerta para o facto de que o trabalho de uma pessoa vai para além do desempenho de atividades (organizar papeis, atender clientes), implicando a convivência com colegas e superiores, a obediência a regras e políticas organizacionais, o alcance de padrões de desempenho e a aceitação de condições de trabalho geralmente abaixo do ideal. Assim, Correia (2017) define-a como o grau de

conformidade da pessoa relativamente ao seu ambiente de trabalho, incluindo diversos determinantes intrínsecos e extrínsecos como, condições individuais, culturais, sociais e organizacionais, determinando-se através da soma dos scores das várias dimensões a satisfação ou insatisfação no trabalho. Dito de outra forma, pode ser compreendida como a resposta a um conjunto de fatores percebidos pelos indivíduos, que se apresentam mais ou menos adaptados às suas expectativas.

Na realidade, a satisfação no trabalho, resulta na maioria das vezes, na comparação do que se espera obter com o que realmente se obtém no local de trabalho. Por outras palavras, a satisfação profissional é função da discrepância (E-R) entre expectativas (E) e resultados (R). Dir-se-á que um indivíduo está satisfeito quando $E=R$ ou quando $R > E$, e não satisfeito quando $R < E$ (Graça, 1999). Isto significa que, quando as suas expectativas perante determinadas necessidades de resposta estão aquém daquilo que para ele é essencial surge a insatisfação, que priva o trabalhador da vontade de querer desempenhar novas tarefas (Moura, 2012). Para além disto, apresenta-se como um conceito muito complexo, refletindo um critério subjetivo, que varia de acordo com a perceção individual. Neste contexto, ao concetualizar esta variável nos dois conceitos, emoção e atitude, tem-se em mente a resposta deste construto a um estado emocional positivo ou a uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho. Quando tal sentimento e forma de estar na profissão não se verificam, devido a fatores de diversa índole, surgem, então, manifestações de sentimento contrário, concretizando-se em insatisfação.

Desta forma, a satisfação profissional constitui-se como um importante indicador do clima organizacional, para além de um elemento determinante na qualidade dos serviços prestados aos utentes (Fernandes, 2011), pelo que se compreende que os fatores positivos e negativos tenham uma grande influência na qualidade dos cuidados de saúde (Santos 2016). Dentro desta perspetiva, é fundamental que a sua avaliação seja tida em conta pelas organizações, pois só poderá haver melhoria nos resultados quando esta for reconhecida a nível da direção, supervisão e gestão do próprio sistema de saúde, para que estes possam intervir. Interessa, por isso, segundo Graça (2010), refletir e avaliar o grau de satisfação dos enfermeiros, tendo em conta as diferentes fontes de satisfação e insatisfação profissional, pois a satisfação pode advir de determinados resultados, sob a forma de recompensa em função do trabalho realizado. Para tal, torna-se necessário conhecer quais as recompensas mais valorizadas por cada indivíduo (e.g. sucesso, *performance*, relacionamento, dinheiro, poder, realização), de acordo com a sua dupla natureza: extrínseca, fora do poder de controlo do indivíduo e intrínseca, ou atribuídas pelo próprio indivíduo (autorrealização).

2.2.2 Dimensões da satisfação no trabalho

O conhecimento das várias vertentes da satisfação numa organização é crucial para o desenvolvimento dos recursos humanos, pois permite que esta atue sobre as causas de insatisfação e reforce os fatores promotores de satisfação, pela mais-valia que representam para a organização, bem como para a vida profissional dos colaboradores (Correia, 2017).

Tendo como base a literatura existente relativamente às abordagens teóricas da satisfação com o trabalho, são várias as teorias desenvolvidas sobre esta temática. Algumas destas abordagens encontram-se diretamente relacionadas com teorias acerca da motivação no trabalho. A esse propósito, Locke (1976 cit. in Brázio, 2016), admite que os conceitos de satisfação e motivação, apesar de diferentes, possuem teorias em comum, enfatizando a ideia de que a satisfação e a motivação, apesar de relacionadas, não são sinónimos. Na sua concetualização, a satisfação no trabalho define-se tendo em conta respostas afetivas; já a motivação para o trabalho remete-se às apreciações sobre a importância do mesmo e dos resultados esperados para os diferentes indivíduos. Nesta ótica, e tendo em conta as várias teorias motivacionais, Martins (2012) defende que o desempenho profissional é influenciado por características individuais (habilidade e experiência), apoio organizacional (recursos e tecnologia) e esforço, estando, este último, mais relacionado com a motivação. Contudo, a relação entre a satisfação e os resultados do desempenho individual e organizacional não é linear, apesar de ser encontrada, em alguns estudos (Graça, 1999), associação ou mesmo correlação entre a satisfação, variáveis sociodemográficas (e.g., profissão, antiguidade, cargo ou função) e comportamentos ou intenções comportamentais (e.g., desempenho, rotação ou turnover do pessoal, absentismo, stresse).

De entre as várias perspetivas que visam a compreensão do fenómeno satisfação no trabalho realça-se a teoria Bifatorial de Herzberg (1959) que desenvolveu estudos baseados na dualidade da natureza humana, alicerçando-a no ambiente externo e no trabalho do indivíduo, dando origem à teoria da motivação-higiene (Carlotto e Braun, 2014). Fundamentalmente, esta teoria considera que existem fatores motivacionais ou intrínsecos, que estão associados a uma elevada satisfação, ligados ao conteúdo do cargo, à natureza das tarefas e ao grau de autonomia com que o indivíduo as executa (Carlotto e Braun, 2014). Por sua vez, estes encontram-se sob o controle do indivíduo e relacionam-se com o seu desempenho, envolvendo sentimentos de crescimento individual, de reconhecimento profissional e as necessidades de autorrealização. Por outro lado, esta teoria engloba ainda os fatores higiénicos ou extrínsecos, associados a uma significativa insatisfação no trabalho. Na perspetiva de Alcobia (2011), estes fatores abarcam todo o ambiente de trabalho, incluindo as condições dentro das quais desempenham as suas funções. Como principais fatores higiénicos salientam-se o salário, os benefícios sociais, as condições físicas do

trabalho, política e clima organizacional, a liderança à qual o trabalhador está submetido e as relações interpessoais entre os colaboradores e utentes (Chiavennato, 2000; Alcobia, 2011). Deste modo, os fatores de satisfação são denominados de fatores motivacionais, pois a sua presença na organização contribui para criar atitudes positivas que conduzem à satisfação no trabalho. Por outro lado, os fatores de insatisfação são chamados de fatores de higiene, uma vez que a sua forma negativa contribuem para a insatisfação no trabalho e expressam componentes ambientais preveníveis (Herzberg, 1974).

Assim sendo, o grau de satisfação no trabalho irá ser avaliado, neste estudo, tendo por base os conceitos expressos na teoria de Herzberg, considerando as dimensões intrínsecas e extrínsecas para a operacionalização do conceito. Para se compreender quais os fatores subjacentes à satisfação/insatisfação profissional é necessário o conhecimento das distintas dimensões, mostrando a literatura consultada um panorama bastante abrangente e complexo em relação às suas determinantes ou fatores, o que irá ser aprofundado ao longo deste capítulo.

Na sua operacionalização, Locke (1976; cit. in Alcobia, 2011) identifica 9 dimensões da satisfação relativas ao trabalho, ao salário, às promoções, ao reconhecimento, aos benefícios, à chefia, aos colegas de trabalho, às condições do trabalho e à organização e direção. A *satisfação com o trabalho* engloba o interesse intrínseco do trabalho, a diversidade de funções, as oportunidades de aprendizagem, a dificuldade e a quantidade de trabalho; a *satisfação com o salário* refere-se ao valor quantitativo da remuneração e à equidade na distribuição pelos trabalhadores; a *satisfação com as promoções* inclui as oportunidades de formação e as perspectivas de progressão; a *satisfação com o reconhecimento* contempla elogios ou críticas ao trabalho realizado; a *satisfação com os benefícios* refere-se a pensões, seguros de doença, férias; a *satisfação com a chefia* reportase ao estilo de liderança ou às competências técnicas e administrativas e de relacionamento interpessoal; a *satisfação com os colegas de trabalho* caracteriza-se pelo apoio que estes prestam; a *satisfação com as condições de trabalho*, como por exemplo o horário laboral, os períodos de descanso, o local de trabalho, e os aspetos ergonómicos; na *satisfação com a organização e com a direção*, destacam-se as políticas de benefícios e salário. Neste contexto, Locke (1976) considera as seis primeiras como eventos ou condições, representadas em cinco fatores: o carácter intrínseco do trabalho, a remuneração, a promoção, a segurança do emprego e, por último, as condições do trabalho. As restantes, o autor classifica-as como agentes, fazendo referência à própria pessoa, às chefias, aos colegas de trabalho, aos subordinados e às características da organização.

Na mesma linha de pensamento, Graça (1999), considera um conjunto de dimensões ou binómios, que interagindo entre si, estabelecem uma relação causa-efeito bem

definida:

autonomia e poder; condições de trabalho e saúde; realização profissional, pessoal e desempenho organizacional; relacionamento profissional/utente e equipa; remuneração e segurança no emprego; status e prestígio. Para melhor compreensão destes binómios e enquadrando-os no contexto das organizações de saúde, e do caso particular dos profissionais de enfermagem, refletir-se-á, seguidamente sobre cada um dos binómios.

No que se refere à *autonomia e poder* em enfermagem, tem existido um esforço contínuo de definição de uma identidade baseada numa maior autonomia profissional fruto de um conjunto de mudanças que se verificam na prestação de cuidados de saúde. Esta, tem sido motivo frequente de reivindicação entre enfermeiros, que Graça (1999) identifica como a margem de poder e de liberdade que o enfermeiro tem no exercício das suas funções, atendendo à especificidade da prestação de cuidados de saúde, da organização e do sistema de saúde onde exerce atividade. Em 2001, também Finn reconheceu o valor da autonomia como o mais importante fator da satisfação dos enfermeiros, considerando-a como o grau de independência, iniciativa e liberdade permitida ou exigida na prestação de cuidados, representando na perspetiva de Ferreira et al. (1996 cit. in Valente, 2013) a utilização plena das capacidades físicas, mentais e a realização de um trabalho eficaz e estimulante. Por outro lado, os doentes assumem cada vez maiores responsabilidades pela sua saúde e respetivos cuidados, mudando a postura de doente para cliente, com aumento evidente do grau de direitos e escolhas pessoais, procura e exigência de cuidados de excelência e o direito à autodeterminação (Almeida, 2000). Neste binómio, a Ordem dos Enfermeiros (2002) considera a interação entre a autonomia e o poder como forma de dotar o profissional de liberdade para o exercício das suas funções, isto é, quando um enfermeiro sente autonomia e capacidade de participar na organização e funcionamento dos serviços, também se sente livre para as escolhas no âmbito da sua atividade.

O binómio *condições de trabalho e saúde* é considerado por Ghazzawi (2008), como um dos determinantes mais importantes da satisfação no trabalho. O quão interessantes, desafiadoras ou enfadonhas são as tarefas que uma pessoa executa, está relacionado com o ambiente físico de trabalho, a qualidade da interação com colegas da equipa e utentes e a forma como uma organização trata os seus funcionários, incluindo uma remuneração justa, segurança no emprego e políticas equitativas. Nesta perspetiva, Graça (1999) inclui nas condições de trabalho, aspetos como: o ambiente físico e psicossocial com implicações na saúde física, mental e social do enfermeiro; a existência de serviços, programas e atividades orientadas para a prevenção dos riscos profissionais e para a vigilância e a promoção da saúde; e a disponibilização de informação no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. Relativamente às condições de trabalho, para Moura (2012), um ambiente seguro, com luminosidade adequada, com espaços e equipamentos apropriadas ao desenvolvimento das funções, torna-se motivador para a prática de cuidados de excelência.

Também Baumann (2007) defende a ideia de que os ambientes favoráveis à prática demonstram um compromisso de segurança conducente à satisfação global no trabalho dos enfermeiros, isto porque um ambiente favorável afeta “(...) os enfermeiros como outros profissionais de cuidados de saúde e suportam a excelência nos serviços, melhorando, em última instância, os resultados do doente” (ICN, 2007, p.8).

Outro parâmetro que merece especial atenção neste binómio é o horário de trabalho, atendendo a que a maioria dos serviços de saúde funciona ao longo de 24 horas, em jornada contínua, sendo necessário recorrer ao trabalho por turnos (Moura, 2012 e Valente, 2013). Entidades como o ICN (2007) alertam para uma crescente preocupação sobre o impacto negativo que este horário de trabalho tem na saúde individual do profissional, na capacidade de execução e na continuidade dos cuidados de saúde. Fontes (2009) reforça esta preocupação evidenciando o trabalho por turnos como um problema de saúde pública, tendo em conta as exigências físicas e psicológicas inerentes à rotatividade dos horários a que os profissionais estão sujeitos.

Relativamente ao binómio *realização profissional, pessoal e desempenho organizacional*, Graça (1999) considera a realização como outro determinante para a satisfação na medida em que é representado como um dos que emergem da satisfação das necessidades biológicas, psicológicas e sociais do homem. Maslow, em 1970, formulou o pressuposto de que o ser humano tem em si uma hierarquia de cinco necessidades, por ordem definida, nomeadamente: fisiológicas, segurança, sociais, estima e autorrealização, definidas as duas últimas como motivadoras, pelo facto de emergirem após a satisfação total das necessidades primárias (Correia, 2016). A autorrealização refere-se desta forma à necessidade que cada indivíduo tem de se realizar e auto desenvolver (Bhagwandeem, 2021). No entanto, as alterações verificadas nos novos modelos de gestão pública (gestão empresarial), o congelamento das carreiras associada às alterações de que a carreira de enfermagem tem vindo a ser alvo e a desvalorização dos cursos de especialização, tem vindo a reduzir as expectativas dos enfermeiros de progressão na carreira, levando ao descontentamento dos profissionais (Correia, 2016). Torna-se fundamental que as organizações invistam no conhecimento e promoção de seus funcionários para que estes tenham sucesso e fiquem satisfeitos com seu trabalho, pois quando motivados, apresentam níveis mais elevados de satisfação (Sinha & Trivedi, 2014 cit in. Lee, 2017).

No que concerne ao binómio *relacionamento profissional/utente e equipa*, os aspetos mais frequentemente consideradas (Fontes, 2009) são a cultura organizacional, o tipo de comunicação, a equipa, o estilo de liderança e as relações que se estabelecem no ambiente de trabalho. Rickard, Lenthall, Dollard, Opie, Knight, Dunn, *et. al.*, (2012) referem que as boas relações interpessoais e a correta comunicação entre enfermeiros e os seus pares são

condições indispensáveis para um melhor alcance da satisfação profissional, pelo que as organizações se devem preocupar com a criação de ambientes de trabalho que enfatizem o apoio social dos profissionais, melhorando o rendimento e reduzindo o nível de stresse (Abualrub, Omari & Abu Al Rub, 2009). Neste relacionamento profissional, o enfermeiro enfrenta ainda dificuldades no relacionamento com a equipe médica e com os supervisores de enfermagem, assim como conflitos causados pela dificuldade de articulação entre as equipas, que conduzem à insatisfação laboral (Correia, 2016). Como facilitador deste relacionamento, Ghazzawi (2008) alerta para a importância de práticas de gestão, tais como a presença de líder participativo, promoção de oportunidades, recursos suficientes para a execução de tarefas, formação e desenvolvimento, que interligadas, terão um potencial impacto na satisfação profissional. Desta forma, qualquer supervisor deve ser capaz de motivar todos os membros da equipa e garantir que eles façam um bom trabalho para alcançar os objetivos da organização (Tj, Tecualo & Wijaya, 2021). Para além disto, autores como George & Jones (2012) consideram que a violência no local de trabalho é claramente uma das fontes de stresse com maior risco de vida.

Relativamente às dimensões *remuneração e segurança no emprego*, Graça (1999) refere-se ao primeiro elemento como sendo a recompensa extrínseca, em numerário que o enfermeiro recebe da entidade patronal pelas funções que exerce, podendo ser para o funcionário um fator altamente motivador, uma vez que resulta do reconhecimento do seu esforço. Duas razões segundo Cunha et al. (2007 cit. in Valente, 2013) parecem explicar a sua importância. Por um lado o dinheiro abre as possibilidades de acesso à resolução das várias necessidades individuais e por outro, garante estatuto, prestígio e reconhecimento social. Relativamente à segurança no emprego, Graça (1999) refere-se à mesma como uma garantia de estabilidade em relação à função/cargo que o enfermeiro desempenha, muito dependente do contexto político e económico vigente em cada momento.

Enquadrado na teoria de Maslow, o binómio *status e prestígio* é visto na perspetiva do prestígio socioprofissional atribuído à profissão, à carreira e à organização onde desempenha funções. Ainda as necessidades de autoestima e autoconfiança no seu desempenho profissional, relacionam-se com a necessidade de aprovação social, de *status* e prestígio, e também o desejo de força, poder, independência e autonomia (Maslow, 1954, citado por Rosa, 1994).

Pelo exposto, de acordo com os diferentes binómios suportados nas teorias de Herzberg e Maslow, é possível conhecer e descrever os fatores e dimensões intervenientes na satisfação profissional dos enfermeiros, que decorrem, essencialmente da expectativa individual, desempenho organizacional, das oportunidades e desafios colocados pela organização onde trabalha. No âmbito da enfermagem, a sua avaliação torna-se fundamental pois o bem-estar

e a qualidade de vida no trabalho, influenciam diretamente, ora de forma positiva, ora de forma negativa, a percepção de aspetos relacionados com a profissão e a qualidade dos cuidados (Moura, 2012). Desta forma, para melhor compreensão dos fatores de satisfação e insatisfação para os enfermeiros, destacam-se os resultados obtidos em alguns estudos nacionais e internacionais, realizados neste âmbito.

Dada a natureza multidimensional da satisfação profissional, no seu estudo descritivo transversal, Fontes (2009) determinou o grau de satisfação profissional dos enfermeiros, tendo em conta o serviço em que presta cuidados. Nos resultados obtidos (n=218) confirmou a proximidade com a satisfação global (correspondendo o a totalmente satisfeito e 10 totalmente insatisfeito) apresentado níveis de satisfação mais significativos com a dimensão estatuto e prestígio (M=3,34), realização profissional/pessoal, desempenho organizacional (M=3,74), relacionamento profissional/utente e equipa (M= 3,78) e insatisfeitos com a remuneração (M= 5,48). No seu estudo, também Pillay (2009) salientou a importância do contexto de trabalho, quer no sector público como no privado, tendo obtido resultados que demonstraram maiores níveis de satisfação no sector privado. No que respeita ao sector publico, os enfermeiros mostraram-se mais insatisfeitos com a remuneração, a carga horaria e com os recursos disponibilizados. Já os do sector privado apenas mostraram insatisfação com o salário e as oportunidades de desenvolvimento e progressão na carreira, corroborado por Barbosa (2014) ao constatar que os itens onde existe maior insatisfação são a possibilidade de ser promovido (M=2,84) e o salario (M=3,26).

Num estudo realizado com enfermeiros (n= 75) a exercer funções num Centro de Saúde, Castro et al., (2011), encontraram níveis de satisfação no trabalho na dimensão das relações interpessoais e a realização pessoal e profissional. Obtiveram dados de insatisfação com a remuneração e as condições físicas do trabalho, ao referirem sentir-se desprotegidos contra os riscos profissionais de natureza física, química e/ou biológica, a que estão expostos, bem como a falta de uma política efetiva de proteção da saúde e da segurança dos profissionais que ali trabalham. Relativamente ao sexo, verificaram que o masculino apresentava níveis de satisfação superiores aos enfermeiros do sexo feminino. Também num estudo desenvolvido, em 2013 por *Campden Health*, numa amostra de 1040 profissionais dos cuidados de saúde primários, foram salientados como aspetos negativos: o número de elementos que compõem a equipa (65% dos profissionais mostraram insatisfação); o apoio recebido por parte das direções (48%); a formação e desenvolvimento de competências técnico-profissionais (46%) e o reconhecimento (61%). No que concerne aos aspetos positivos, 65% acaba por exercer a atividade profissional com gosto, considerando as tarefas atribuídas, adequadas (86%).

Ribeiro (2014) concluiu que a *pressão e exigência das tarefas* são importantes fontes de insatisfação entre os enfermeiros ($M=2,3$) e que as dimensões da adequação para o trabalho ($M=4$), as *relações interpessoais e a autonomia* ($M=3,8$), registam uma média mais próxima com a satisfação. Além disso, os enfermeiros com menos tempo de serviço manifestaram maior satisfação na dimensão das *relações interpessoais e autonomia*. Tendo em conta a variável sexo, verificou, que apenas a dimensão relações Interpessoais e Autonomia evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, apresentando os homens maiores níveis de satisfação na organização do próprio trabalho. A autora constatou ainda diferenças significativas entre os enfermeiros com diferentes habilitações académicas nas dimensões recompensa pelo trabalho e relações interpessoais e autonomia. Na primeira verificou que a satisfação diminuía à medida que as habilitações iam aumentando, verificando uma maior insatisfação nos profissionais com o mestrado. Na dimensão Relações Interpessoais e Autonomia, verificou que a satisfação aumenta do grau de bacharel ($M=3,6$) para o licenciado ($M=3,8$) e para o mestrado ($M=4,5$).

Na sua amostra ($n=124$ enfermeiros), maioritariamente feminina (82,3%), Ferreira, Fernandez, Anez, 2017, procuraram identificar a satisfação profissional dos enfermeiros, através da Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros (EAST – Enf), concluindo que a dimensão referente ao relacionamento com a equipa ($M=4,20$) é a que provoca maior satisfação entre os enfermeiros. Imediatamente a seguir surge a satisfação com o chefe ($M=4,17$) e com o contexto de trabalho. Verificaram ainda que os enfermeiros mais satisfeitos profissionalmente são os mais jovens, com menor grau académico, com tempo de serviço inferior a 10 anos e com remuneração mais baixa.

A própria OE, associação que congrega todos os profissionais de Enfermagem em Portugal, publicou em 2004, o estudo “As Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses”, onde são mencionadas conclusões de elevada pertinência e interesse para a profissão. Entre as principais conclusões salienta-se, que as oportunidades de formação e desenvolvimento têm um impacto positivo na satisfação e na vida dos enfermeiros. A carga de trabalho está positivamente correlacionada com o stresse. A remuneração tem um impacto positivo na satisfação dos enfermeiros e, de acordo com a OE (2004), existe uma correlação positiva entre a motivação laboral e a satisfação com as condições de trabalho. De uma forma geral, a distribuição de doentes, as condições de espaço, os requisitos de material e equipamento, as relações de trabalho e os riscos a que estão sujeitos os enfermeiros, são fatores apontados como desencadeadores de insatisfação laboral (OE, 2004). Assim, Baumann (2007) argumenta que é importante os empregadores apostarem em mudanças positivas no ambiente de trabalho e reterem os seus funcionários, pois a sua manutenção na organização conduz a um melhor trabalho em equipa, continuidade dos cuidados e melhores resultados para a pessoa que necessita de cuidados.

Com base nos estudos anteriormente apresentados, verifica-se que a satisfação profissional dos enfermeiros é avaliada segundo uma multiplicidade de dimensões, umas mais, outras menos determinantes. Neste âmbito, a temática da satisfação profissional dos enfermeiros emerge rodeada da associação simultânea de diversas dimensões que condicionam o seu desenvolvimento, por um lado os fatores intrínsecos ao indivíduo e por outro a influência da organização, bem como do contexto social e político da atualidade. Assim, torna-se fundamental encarar a satisfação profissional dos enfermeiros como um aspeto importante no desempenho das suas funções uma vez que são atores fulcrais na prestação de cuidados de saúde à população e não podem continuar a ser vistos como meros itens de custo orçamental num mercado de trabalho volátil, sem possibilidade de fazer planos de vida a longo prazo (Zeytinoglu et al., 2007).

Para além disso, os resultados da literatura consultada, indicam claramente que a exposição à violência no local de trabalho representa um perigo significativo no ambiente de prestação de cuidados de saúde, o que justifica o desenvolvimento de mais pesquisas, que visem principalmente a implementação de iniciativas eficazes de prevenção de riscos psicossociais, nas organizações de saúde.

2.3 Competências de Liderança

A constante mutação em que o mundo se encontra, associada à perspetiva darwiniana, sugere que só os mais adaptados conseguirão resistir, sendo que na perspetiva de Chiavenato (2004), também nas organizações estas mudanças se verificam com elevada rapidez e intensidade, levando a que os seus profissionais nem sempre tenham tempo de acompanhar essas alterações a curto prazo.

O século XXI iniciou-se com uma grande instabilidade política, económica financeira, social, cultural e educacional, conduzindo a grandes transformações e desafios que advêm da transição complexa e altamente competitiva no seio das organizações (Sousa, 2012). Do ponto de vista da gestão em saúde, Fernandes (2011) considerou que esta crise económica conduziu a um Serviço Nacional de Saúde não sustentável, obrigando a transformações e reformas que se refletem em mudanças no ambiente organizacional, tendo como origem a globalização e o reforço do uso das tecnologias da informação e comunicação.

Deste modo, torna-se necessário proceder a uma reestruturação dos processos e reavaliação dos modelos de gestão por parte das organizações, uma vez que os convencionais já não respondem adequadamente ao atual ambiente competitivo (Sousa, 2012). Atendendo às especificidades e possibilidades de evolução, o desenvolvimento de estudos na área da Gestão em Saúde, constitui-se numa prioridade para a melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços de saúde.

Num mundo cada vez mais exigente e competitivo, segundo o autor supracitado, o capital humano representa um papel principal para o sucesso das organizações, necessitando estas, de líderes empreendedores, inovadores, visionários e que assumam compromissos de excelência para uma gestão eficiente e assente numa abordagem de gestão de risco. Só assim, para Parente (2004), é possível garantir às empresas características de flexibilidade e adaptabilidade neste meio em constante mudança. Para que esta seja uma realidade, Junqueira (2006) considera que os líderes devem ser capazes de motivar, formar, desenvolver e avaliar o desempenho dos seus colaboradores, permitindo-lhes distribuir equitativamente as recompensas e incentivar um desempenho de excelência.

Por outro lado, enquanto membro responsável do sistema organizacional do trabalho, o gestor, determina e condiciona o tipo de liderança, as relações interpessoais, a interação do homem com o ambiente físico de trabalho, o tipo de horário de trabalho (rígido, flexível, por turnos, noturno, isenção de horário, trabalho extraordinário, duração do horário de trabalho), o modo de organização dos espaços e das condições de trabalho, o ritmo, a pressão e o tipo de recompensa do trabalho, o modo de progressão e de promoção na carreira, os apoios a dar ao trabalhador, designadamente, a existência ou não de um Serviço de Saúde Ocupacional, recurso organizacional indispensável à prevenção de riscos psicossociais, a forma de integração, o desenvolvimento profissional, a formação, de entre muitos outros aspetos (Coelho, 2011, p, 23).

Deste modo, no sentido de manter a qualidade dos cuidados prestados no contexto das reformas de saúde, é importante que as organizações apostem em gestores competentes, sendo atribuído ao enfermeiro gestor um papel crucial na implementação das mudanças organizacionais (Mateus e Serra, 2017), visando a prevenção de riscos psicossociais, como a violência no trabalho de trabalho. A implementação destas mudanças pressupõem a capacidade do enfermeiro gestor delegar funções e responsabilizar todos os colaboradores, com o objetivo de conseguir a melhoria da qualidade dos cuidados (Sousa, 2012), e a criação de melhores condições de trabalho, possibilitando a identificação dos riscos psicossociais a que estes profissionais estão sujeitos, de forma a criar estratégias para os atenuar. Torna-se, assim, fundamental ter em conta o estudo das competências de liderança nas organizações, que de acordo com Parreira et al. (2006), na área da saúde, é relevante, devido à grande diferenciação técnico-científica dos seus colaboradores, onde se focam os processos de decisão.

Partindo de alguns aspetos que aqui foram elencados, neste capítulo, proceder-se-á a uma breve abordagem sobre a complexidade da liderança centrada no Modelo dos Valores Contrastantes (MVC) de Quinn & Rohrbaugh (1983), a partir do qual, derivam um conjunto de competências de gestão/liderança que, de acordo com os autores, devem ser requeridas

por cada gestor/líder consoante a situação. Este modelo tem sido amplamente investigado, por se suportar nos valores contrastantes e nas suas dimensões onde se enquadram as organizações de saúde. Por um lado, as organizações devem ser flexíveis e ajustáveis à mudança e por outro, estáveis e controladas (Neves, 2013). Deste modo, no contexto do presente estudo, optou-se pela utilização do mesmo, por ser um modelo multidimensional (assente em vários modelos), diferenciado e contrastante que se adequa à realidade complexa das organizações de saúde, fazendo referência ao papel do enfermeiro gestor e às suas competências de liderança.

2.3.1 Conceitos e complexidade da liderança

O papel da liderança na gestão das organizações tem sido uma preocupação crescente por parte dos teóricos desta área ao longo dos tempos, tendo centrado as primeiras pesquisas na tentativa de definir as características do líder em oposição ao não líder (Teixeira, 2013). A própria definição do conceito tem evoluído de acordo com as correntes e os modelos teóricos vigentes, uma vez que a sua definição não deixa de estar envolvida em alguma controvérsia (Pastilha, 2013), associada às diferenças e semelhanças entre o conceito de gestão e liderança. Existem autores que defendem que os termos gestão/gestor e liderança/líder podem ser considerados sinónimos e outros que apontam diferenças consideráveis entre líderes e gestores (Sousa, 2012), pelo que não existe uma definição suficientemente ampla que abarque todo o processo de liderança (Marquis & Houston, 2015). No sentido de melhor se compreender esta dicotomia, ao longo deste capítulo serão explanados os conceitos que sustentam este estudo, relativamente à liderança, ao MVC e respetivas competências do enfermeiro gestor.

A dicotomia entre os conceitos de liderança e gestão é discutida por teóricos contemporâneos que, de maneira mais ou menos complexa, estabelecem a sua opinião (Venâncio, 2017), até porque o nome de um cargo por si só não torna a pessoa num líder, pois somente o comportamento de alguém determina se essa pessoa ocupa ou não um cargo de liderança (Fernandes, 2011). Uma das posições mais frequentemente citada na literatura é a distinção apresentada por Bennis e Nanus (1985, p, 21): “*Managers are people who do things right and leaders are people who do the right things*”, distinguindo marcadamente, a diferença entre liderança e gestão, associada à etimologia das palavras em que gerir é concretizar, assumir responsabilidades, comandar; enquanto liderar é influenciar, guiar em determinada direção, orientar o curso, uma ação ou opinião. Uma outra distinção é dada por Afonso (2010, p, 64) ao referir que a diferença entre chefia e liderança se traduz na “capacidade do líder em controlar, de forma interna e externa, os seus colaboradores”, sendo que no processo de chefia as pessoas obedecem, enquanto no de liderança as pessoas aderem. Também Rego e Cunha (2016, p, 19) defendem que o ato de liderar consiste em

“mobilizar, inspirar, encorajar e conduzir as pessoas por caminhos e para destinos com os quais elas se identificam”. Diferentemente, gerir consiste em “dar ordens, premiar e punir, comandar e controlar, tendo por base o exercício de uma posição de autoridade formal”. Assim, um gestor mantém o que já foi estabelecido, estabelece metas e critérios, analisa, avalia e interpreta o desempenho dos colaboradores adequadamente. Por outro lado, o líder apresenta novas ideias, com o pensamento voltado constantemente para o futuro, procurando desenvolver novas estratégias e táticas. É alguém que inspira outras pessoas a ser o seu melhor e sabe como definir adequadamente o tempo e ritmo para a equipa.

Por outro lado, outros autores consideram não haver necessidade de distinguir estes dois termos, utilizando-os como quase sinónimos. É o caso de Quinn (1988) que embora diferencie as duas formas de pensar, “analítica, sequencial, racional, orientada para o tempo, descontínua e verbal; e holística, sintética, visuo-espacial, intuitiva, sem tempo, difusa e não-verbal” (Sousa, 2012, p, 41), não estabelece distinção entre gestores e líderes. Deste modo, o autor afirma ser necessário usar o seu modelo (MVC), quer ao nível dos gestores, quer ao nível dos líderes, como instrumento para evitar este tipo de diferenciações.

Pelo exposto, pode verificar-se que existem autores que distinguem gestão da liderança, outros que não as distinguindo, assumem a existência de uma interligação, e outros que as consideram como sinónimos. No contexto deste estudo, importa destacar a liderança de equipas em enfermagem, atendendo ao tipo de trabalho desenvolvido por estes profissionais. A evolução deste conceito, de acordo com a tónica colocada no processo de liderança e as transformações ocorridas no meio organizacional, levou os responsáveis pelas organizações à necessidade de compreender de que modo a liderança de equipas contribuía para o desempenho positivo das equipas de trabalho. Este contributo refere-se à capacidade do líder ajudar os colaboradores a trabalhar em sinergia, permitindo que o resultado do esforço coletivo alcance níveis de desempenho que vão para além do somatório dos contributos individuais (Quinteiro, 2014). Estas transformações deram origem a uma nova abordagem sobre a problemática de liderança, remetendo para o estudo do processo de liderar ao dar ênfase à interação que se estabelece entre líder e os liderados, em termos cognitivos e comportamentais (Ferreira, Neves e Caetano, 2011). A liderança passou a focar-se, segundo Quinteiro (2014) na equipa como um todo, mais do que na relação líder subordinado, onde ocorre partilha de responsabilidades para com a equipa por forma a melhorar o seu funcionamento e conseqüentemente a sua *performance*.

Neste enquadramento, a liderança implica a presença de um líder que inspire e envolva um grupo, mais ou menos alargado de colaboradores ou liderados envolvidos na visão e estratégia da organização. Este envolvimento que gera implicação de todos, depende das características e capacidades do líder em termos comunicacionais, motivacionais, de

trabalho em grupo ajudando as equipas a sentirem-se como um papel ativo de maior relevância para o sucesso das organizações (Carvalho et al., 2015) citados por Ribeiro (2019).

Sistematizando as perspetivas anteriormente apresentadas, pode verificar-se que existe um consenso nos diferentes conceitos de liderança, ao considerarem-na como um papel em que alguém dentro do grupo se especializa. Assim, para Quinteiro (2014), a liderança tornou-se um domínio pertinente de estudo em termos organizacionais, uma vez que estas evoluíram para estruturas mais flexíveis e horizontais, tendo as equipas como unidade base de trabalho. Atendendo à crescente complexificação e imprevisibilidade dos ambientes onde as equipas de trabalho exercem funções, urge na perspetiva do mesmo autor, a necessidade de dotar as organizações de líderes com capacidade de condução da equipa, como unidade base de trabalho, a resultados excecionais.

2.3.2 Modelo dos Valores Contrastantes

Ao longo do tempo, a liderança tem-se vindo a constituir como um componente principal nos processos de mudança, em organizações complexas, como é o caso das organizações de saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011). Atendendo às funções desempenhadas e aos comportamentos identificados nos líderes, têm surgido, na literatura, classificações que remetem para uma forma de categorias bipolares ou contraditórias (Parreira, et al., 2006). Neste sentido, no atual contexto de rápidas e profundas alterações, tanto a nível das políticas de saúde como dos recursos e clientes (Melo, et al., 2017), é exigido aos líderes que desempenhem novos papéis com novas competências, baseados num novo paradigma onde o paradoxo, a contradição e a complexidade estejam presentes.

Este modelo integra valores de oposição, que explica, com base no seu referencial teórico, os diferentes papéis de liderança exigidos para a eficácia pessoal no meio organizacional (Quinn & Rohrbaugh, 1983). De entre a diversidade de modelos existentes, este configura-se como sendo um dos mais importantes da história da gestão, por captar o sentido paradoxal e por vezes pouco racional que caracteriza a natureza dos fenómenos organizacionais (Gonçalves, 2014). Esquemáticamente (figura 1.2), este modelo pode representar-se por dois eixos, à volta dos quais três dimensões se distribuem, de cuja combinação resultam quatro quadrantes (Ferreira, et al., 2011). Estes quadrantes surgem, segundo Neves (2013) da sobreposição de dois eixos que refletem as duas dimensões principais (de três) para a conceptualização da eficácia organizacional: a flexibilidade *versus* controlo (eixo vertical), a orientação interna *versus* orientação externa (eixo horizontal).

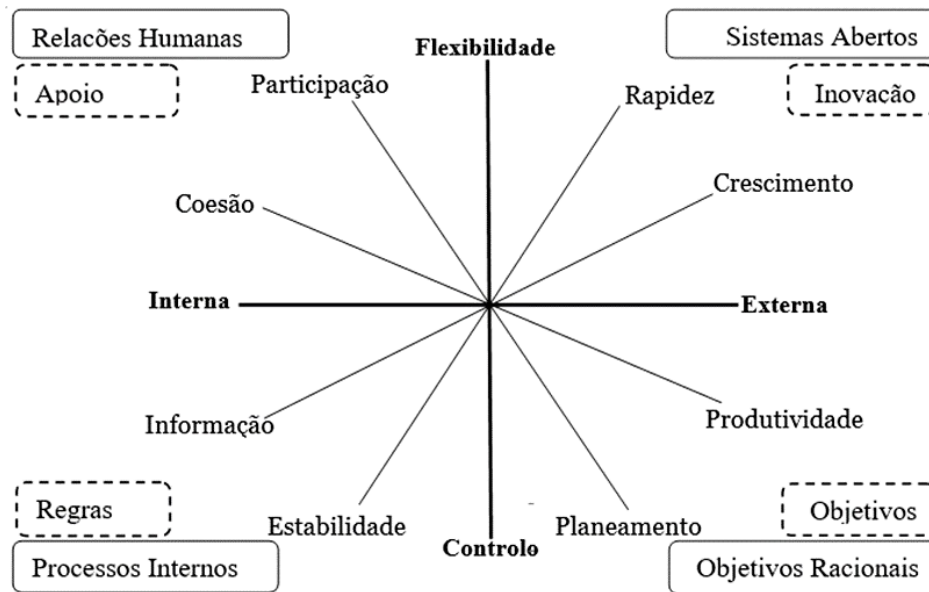


Figura 1.2- Modelo dos valores contrastantes de Quinn e colaboradores. Elaboração própria adaptado de Ferreira, Neves & Caetano (2011, p, 525)

De acordo com os autores supracitados, a primeira dimensão refere-se ao eixo horizontal representando a extremidade esquerda a orientação interna e a direita a orientação externa. Na orientação interna a importância é atribuída aos recursos humanos e à manutenção de um ambiente de trabalho seguro e cooperante, isto é, focado no bem-estar das pessoas da organização. Na orientação externa o foco encontra-se no desenvolvimento de atividades que permitam o crescimento e aquisição de recursos para o desenvolvimento da organização (Ferreira, et al., 2011).

Relativamente à segunda dimensão ou eixo vertical, existe na perspectiva dos mesmos autores, uma relação com a estrutura organizacional, uma vez que o posicionamento da organização varia entre a flexibilidade (topo do eixo) e o controle (base do eixo). Neste par de valores contrastantes a flexibilidade foca-se no valor da iniciativa individual, da rapidez de resposta e da adaptabilidade organizacional, enquanto o controle aponta a necessidade de hierarquia e controle entre as funções (Ferreira, et al., 2011).

Por sua vez a terceira dimensão, é representada, (Ferreira et al., 2011), por um eixo invisível, resultante dos modelos teóricos inerentes a cada quadrante. Para Neves (1996, 2007 cit. in Gonçalves, 2011) este eixo reflete um contínuo de meios-fins (ex: processos resultados), integrando conflitos relativamente ao planeamento e rapidez de resposta, ao valor atribuído aos recursos humanos e produtividade e à estabilidade para garantir segurança, qualidade e rapidez para asseguram crescimento e competitividade. Da combinação destas dimensões/eixos emergem 4 quadrantes que têm por base os seguintes modelos teóricos: modelo das *relações humanas*, modelo dos *sistemas abertos*, modelo dos *processos*

internos e o modelo dos *objetivos racionais*.

No modelo das *relações humanas*, representado pelo líder com os papéis de mentor e facilitador, o foco centra-se no compromisso, na coesão e na moral. Este, parte do pressuposto que o envolvimento entre os colaboradores resulta em compromisso, assumindo como valores principais, a participação, a resolução de conflitos e o consenso (Melo, 2014), associado à motivação dos indivíduos e à descentralização das decisões (Ferreira et al., 2011).

No modelo dos *sistemas abertos*, representado pelo líder com os papéis de negociador e inovador, é introduzido na perspectiva de Quinn, et al., (2003 cit. in Melo, 2014), no sentido de compreender e administrar as organizações no atual contexto de rápidas transformações, e nas quais o conhecimento é alargado e complexo. Nestas, por um lado, os líderes dispõem de pouco tempo para se dedicarem à organização e ao planeamento e, por outro, são forçados a tomar decisões rápidas, sendo que a principal finalidade passa pela adaptação, resolução criativa de problemas, a inovação e a gestão de mudanças.

De acordo com os autores supracitados, o modelo dos *processos internos*, centrado nos papéis de líder como monitor e coordenador, assume como critérios de eficácia a estabilidade e a continuidade, partindo do pressuposto de que a rotina promove a estabilidade. Desta forma, como monitores, os gestores devem ter um conhecimento integral do que ocorre na unidade, verificando se o cumprimento das regras está a ser efetuado devidamente; como coordenadores, os gestores devem centrar-se sobretudo na organização e na coordenação dos esforços dos liderados (Melo, 2014).

Por fim, no modelo dos *objetivos racionais* (Ferreira, et al., 2011), os líderes, produtor e diretor devem focar-se essencialmente na produtividade e no alcance dos objetivos definidos. Assim, nesta lógica de pensamento, a principal função do líder enquanto diretor deve passar pela capacidade de decisão, de planeamento, definição de metas e objetivos. Na função de líder como produtor, este deve focar-se no trabalho e manifestar elevado grau de interesse e motivação pessoal (Melo, 2014). Isoladamente, estes modelos não respondem de forma adequada e assertiva ao desempenho de uma gestão eficaz, mas deve ser tido em conta que o perfil profissional de um gestor (Mateus e Serra, 2017) deve conter competências de resposta a situações diversificadas e de mudança.

Da interação entre as dimensões anteriormente referidas, associados aos modelos e papéis decorrentes dos critérios de eficiência dos mesmos, os autores supracitados, identificam (fig 2) quatro tipos de cultura organizacional: de *apoio*, de *inovação*, de *regras* e de *objetivos*. A cultura de *apoio*, situada no quadrante superior esquerdo, entre os vetores da orientação interna e da flexibilidade, tem como principal objetivo a criação e manutenção da coesão e

desempenho das pessoas (Ferreira, et al., 2011). Este tipo de cultura, enquadrado no modelo de relações humanas, fomenta valores como a participação, o trabalho de equipa, o sentimento de pertença e a confiança, enfatizando o envolvimento do potencial humano baseado na coesão e no compromisso (Gonçalves, 2014). A *cultura de inovação*, localizada no quadrante superior direito, suportado no modelo dos sistemas abertos, é definido pelos vetores da flexibilidade e da orientação externa (Gonçalves, 2014), centrando a sua atenção na adaptação da organização das respostas às exigências da envolvente externa. Como valores dominantes encontram-se o crescimento, a aquisição de recursos, a criatividade e a capacidade adaptativa (Ferreira et al., 2011), situando-se na base motivacional competências como a inovação, iniciativa, o desafio e a diversidade de atividades. No quadrante inferior esquerdo, ligado ao modelo dos processos internos, situa-se a cultura de *regras*, associada à organização burocrática e tradicional. Esta valoriza a estabilidade interna e o controlo dos processos onde predominam a formalização e segurança, a centralização e a uniformidade como critérios de eficácia (Ferreira, et al., 2011). A cultura de *objetivos*, representada no canto inferior direito, reflete o modelo dos objetivos racionais, englobando os vetores da orientação externa e controlo (Gonçalves, 2014), tendo como valores dominantes a produtividade, o desempenho, a eficiência e a maximização de resultados, com a finalidade de alcançar os objetivos pré-definidos.

Em síntese, por forma a avaliar cada tipo de cultura, torna-se necessário adotar critérios que permitam análises comparativas, tendo em conta “os pressupostos básicos subjacentes aos processos de motivação, de liderança, de decisão, de eficácia, entre outros, importantes para a eficiência das organizações” (Ferreira, et al., 2011, p, 525). Para uma melhor compreensão do modelo dos Valores Contrastantes de *Quinn*, importa agora abordar a divisão dos papéis nos quatro modelos teóricos, já referidos.

Papéis e Competências de Liderança

Neste modelo de *Quinn*, a cada quadrante/modelo, são associados dois tipos de papéis de liderança (figura 1.3), que advém dos critérios de eficácia dos mesmos (Mateus e Serra, 2017). Isto é, reconhecendo a importância da liderança, *Quinn* confrontou-a com o seu Modelo dos Valores Contrastantes, fazendo emergir oito categorias de comportamento de liderança ou papéis. Cada quadrante/modelo engloba dois desses papéis cujas características estão associadas ao modelo teórico de comportamento organizacional e de gestão em questão (Neves, 2013). Deste modo, no modelo das relações humanas encontram-se os papéis de mentor e facilitador, no modelo dos sistemas abertos os papéis de negociador/*broker* e inovador, no modelo dos processos internos os papéis de monitor e coordenador e no modelo dos objetivos racionais os papéis de produtor e diretor (Melo, 2014).

Papel	Competências
Inovador	1. Conviver com a mudança 2. Pensamento criativo 3. A gestão da mudança
Broker	4. Criar e manter uma base de poder 5. Negociar acordos e compromissos 6. Apresentar as ideias: apresentações verbais eficazes
Produtor	7. Produtividade e motivação pessoal 8. Motivar os outros 9. Gestão de tempo e do stresse
Diretor	10. Tomada de iniciativas 11. Fixação de metas 12. Delegação eficaz
Coordenador	13. Planificação 14. Organização e desenho 15. Controlo
Monitor	16. Reduzir a sobrecarga de informação 17. Analisar a informação criticamente 18. Apresentar a informação: redigir com eficácia
Facilitador	19. Criação de equipas 20. Tomada de decisões participativa 21. Gestão do conflito
Mentor	22. Auto compreensão e compreensão dos outros 23. Comunicação interpessoal 24. Desenvolvimento dos subordinados

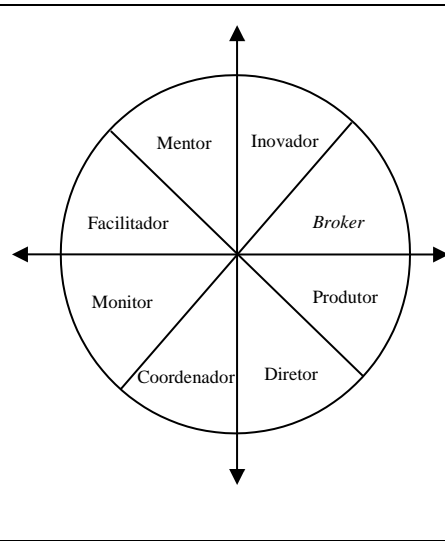


Figura 1.3- Papéis de liderança e quadro das competências de gestão. Elaboração própria adaptada de Mateus e Serra (2017, p, 95)

Na perspetiva de Mateus e Serra (2017), ao assumir o papel de *mentor*, o líder deve dedicar-se ao desenvolvimento individual dos seus subordinados, tendo por base atitudes empáticas e o interesse. Tem como principais características ser solícito, colaborador, sensível, aberto e equitativo, com capacidade de escuta ativa, distribuindo elogios e reconhecimento. Assim, para Melo (2014), este líder incentiva o desenvolvimento de competências pessoais tendo por base a empatia, o que permitirá aperfeiçoar competências e planear o desenvolvimento individual dos subordinados. Como *facilitador*, a mesma autora, considera que o líder deve incentivar esforços dos membros da equipa, no sentido da promoção da coesão e do trabalho em equipa, bem como a gestão de conflitos interpessoais. Para Mateus e Serra (2017) o facilitador fomenta um ambiente positivo e criativo, que promova a colaboração e participação na resolução dos problemas do grupo.

Seguidamente, no modelo dos sistemas abertos, o líder pode assumir os papéis de *inovador* e *negociador*. Como inovador, o líder conceptualiza e projeta as mudanças necessárias, sendo facilitador nos processos de adaptação e mudança. Espera-se, ainda deste líder, características como ser “criativo, sonhador, inteligente, visionário, inovador e capacidade de persuasão” (Mateus e Serra, 2017, p, 99). Como negociador, o líder caracteriza-se por se centrar na legitimidade externa e na obtenção de recursos necessários ao desempenho das funções. Este é conhecido como politicamente astuto, persuasivo, influente e oportunista, dando maior importância à imagem, aparência e reputação (Mateus e Serra, 2017).

No papel do *monitor*, associado ao modelo dos processos internos, o líder mantém-se atualizado sobre o que está a acontecer na sua unidade, e monitoriza o cumprimento das

normas, garantindo que os objetivos definidos estejam a ser cumpridos. Deve ser um bom analista atento ao pormenor e ao controlo (Mateus e Serra, 2017). Como *coordenador*, representa o líder que mantém a estrutura e a fluidez do sistema sempre em funcionamento. Este apresenta competências de programação, organização e gestão de pessoal, bem como resposta eficaz perante situações de crise. A sua liderança suportar-se-á numa boa comunicação e coordenação de esforços, ao qual são reconhecidos confiança e crédito (Melo, 2014).

Na perspetiva da autora supracitada, atendendo ao modelo dos objetivos racionais, como *diretor*, o líder deve clarificar as expectativas organizacionais por meio de processos, mediante a conceção de regras e instruções. Deve também, ser capaz de diagnosticar problemas e respetivas soluções, definir objetivos e delegar funções (Mateus e Serra, 2017). De acordo com os mesmos autores, no papel de *produtor*, o gestor centra-se na tarefa e no trabalho que tem em mãos. A responsabilidade e a capacidade de manutenção de elevados níveis de produtividade, são a principal característica destes líderes, traduzidas num alto grau de interesse, energia, motivação pessoal e carisma.

No que concerne à intervenção do enfermeiro gestor, a Ordem dos Enfermeiros (2004) considera que a liderança em enfermagem se constitui como um importante fator estratégico e determinante no desenvolvimento dos recursos humanos, criando, assim condições que promovam o exercício profissional de qualidade nas organizações de saúde. Face ao exposto, a liderança e a gestão em enfermagem são aspetos fundamentais nas organizações de saúde, pelo que, seguidamente, abordar-se-á o papel do enfermeiro como gestor de unidades de saúde.

2.3.3 Liderança e Gestão em Enfermagem

Partindo do pressuposto que as organizações de saúde são complexas, ao nível da estrutura, das relações estabelecidas entre os diferentes intervenientes, dos processos de intervenção e da especificidade dos equipamentos (Melo, 2011), torna-se fundamental que os gestores assumam a liderança como uma ferramenta de gestão relevante, permitindo ultrapassar os variados desafios que este ambiente complexo e em permanente mudança impõe. A figura do enfermeiro chefe, como líder e gestor da equipa de enfermagem, assume desta forma, um papel determinante na garantia da eficiência e efetividade da prestação de cuidados de qualidade, promovendo a eficiente utilização dos recursos e alcançando resultados positivos para os doentes e comunidade (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2015).

Reconhecendo a classe profissional de enfermagem com maior representatividade no sector da saúde, é crucial o desenvolvimento de líderes perspicazes, com capacidade para tomada de adequadas decisões em prol do bem-estar individual e coletivo, bem como no

estabelecimento de relações interpessoais saudáveis, por forma a equilibrar as necessidades individuais com as da organização (Sousa, 2012). Deste modo, os enfermeiros gestores devem atuar como agentes de mudança, na definição de prioridades em saúde e na procura de serviços proporcionando um clima de trabalho tão harmonioso e eficiente quanto possível.

Esta visão, defendida por Costa, Mónico, Parreira, Fonseca, & Santos (2016), contraria a conceção mecanizada, controlada e burocrática da gestão/liderança, observada nas organizações complexas, onde se incluem as de saúde. Na continuidade desta linha de pensamento, estas organizações evoluíram de um modelo hierarquizado e tradicional para um trabalho mais flexível em equipa, estruturado em serviços com maior autonomia, suportados numa relação de poder e confiança mútua, assumindo a enfermagem a responsabilidade pela defesa dos interesses coletivos que conduzam à satisfação dos clientes (Pastilha, 2013). Isto porque, a atuação do enfermeiro se foca essencialmente, “no contacto com a pessoa tanto no cuidar, como na gestão de equipas, na resolução de problemas, na equidade da tomada de decisões, respeitando a lei e a ética, no incentivo à participação dos seus pares na definição de programas e projetos, conforme o código deontológico da profissão (Pastilha, 2013, p, 47).

Reconhecendo que os sistemas de saúde e os doentes beneficiam quando os enfermeiros têm boas competências de liderança, a ICN criou um Programa de Liderança para a Mudança (PLM), por forma a melhorar as capacidades de liderança e gestão nos enfermeiros em ambientes de saúde em constante mudança (Melo, 2014). Em Portugal, também a Ordem dos Enfermeiros assume a gestão como uma área de intervenção de enfermagem, em que o enfermeiro gestor fomenta a criação de condições que promovem o exercício profissional de qualidade, assumindo a responsabilidade e respondendo pela criação de condições para a tomada de decisão e ações da equipa que lidera (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Na carreira de enfermagem, a referência ao papel do enfermeiro gestor como profissional responsável pela gestão de unidade/serviços de saúde, surge em 1981, com o Decreto-lei nº305/81, onde os enfermeiros viram consagradas as funções de gestão, mas somente em 1991, com a publicação do Decreto-Lei nº 437/91, é que os enfermeiros viram clarificado legalmente o direito ao exercício de atividades de gestão, tendo sido criados vários níveis de gestão em enfermagem, com conteúdo funcional bem determinado: Enfermeiro Chefe; Enfermeiro supervisor e Diretor de Enfermagem. Até sofrer alterações significativas com a publicação do decreto-lei nº 248/2009 de 22 de setembro sobre a carreira de enfermagem que, “pela sua especificidade, conteúdo funcional e independência técnica, (...) não permite a integração da carreira de enfermagem na carreira geral da função pública” (Mateus e

Serra, 2017, p, 48). Neste decreto-lei, a carreira organiza-se somente em duas categorias: a de enfermeiro e a de enfermeiro principal, desaparecendo a referência a categoria de enfermeiro gestor da mesma. No entanto, com as atualizações que culminaram em 2019, através da publicação do Dec. Lei nº71/2019 de 27 de maio vieram clarificar e alterar, no seu artigo 7º a definição de novas categorias de enfermagem: enfermeiro, enfermeiro especialista e enfermeiro gestor.

No conteúdo funcional do enfermeiro gestor são incluídos, conforme descrito no artigo 10º do Dec. Lei nº 71/2019, as funções de *planeamento, organização, direção e avaliação* dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança, das quais se destacam algumas funções, tais como: *a) Gerir os recursos da unidade ou serviço, otimizando as respostas às necessidades em cuidados de saúde das pessoas, grupos e comunidade; b) Gerir os recursos humanos funcionalmente dependentes em função das necessidades de cuidados; c) Criar as condições para um trabalho cooperativo e de efetiva articulação da equipa multiprofissional e um ambiente de trabalho saudável na unidade ou serviço; d) Garantir uma prática de enfermagem na unidade ou serviço baseada em normas de boas práticas e na melhor evidência disponível; e) Promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde; f) Promover a divulgação de informação relevante para o exercício profissional de enfermagem na unidade ou serviço; g) Responsabilizar-se pela valorização de competências da equipa que gere; h) Avaliar o desempenho profissional dos enfermeiros; i) Implementar auditorias internas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados; j) Promover o desenvolvimento da investigação e inovação; k) Promover a formação pré e pós-graduada; l) Garantir a documentação da prática clínica e a monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.*

Para dar cumprimento às funções que lhes estão cometidas e desempenhar uma liderança bem-sucedida, autores como O'Neil e Morjikian (2003) e Feldman, Ruthes, & Cunha (2008) consideram a importância de o gestor possuir determinadas habilidades, visão e coragem para responder aos desafios que a situação exige, tais como: autoconhecimento; efetividade de comunicação interpessoal; criatividade e inovação; estilo de liderança inspirador; e uma visão estratégica. No contexto atual, e na relação entre enfermeiro gestor e a equipa, o desafio deve passar pelo desenvolvimento de estratégias no sentido da promoção de um ambiente de trabalho mais humanizado (Hesbeen, 2000), onde as ideias possam surgir da interação entre as necessidades da pessoa e os objetivos organizacionais. A inovação permite ao enfermeiro gestor o desenvolvimento de atividades que desafiem as equipas, para aprimorarem a sua criatividade quer individual ou coletiva, reforçando o espírito de grupo, maior produtividade e motivação, resultando num objetivo comum (Feldman, et al., 2008).

Tendo em conta as características anteriormente apontadas para, Rezende e Duarte (2017), estes líderes conseguem manter elevados índices de competência e *performance* da equipa, traduzindo-se de forma indireta, tanto para o utente (diminuição dos erros de medicação e do tempo de internamento), como para o profissional (redução do absentismo e da melhoria do rácio enfermeiro/utente). Para tal, e perspetivando um eficaz desempenho do líder da equipa de enfermagem, este necessita de uma constante melhoria de comportamentos, conhecimentos e incremento de competências onde as características pessoais, as relações interpessoais e o *know how* sobre o contexto organizacional, estejam presentes. Pastilha (2013) clarifica, ainda, que ao enfermeiro gestor, é exigida uma cultura de rapidez, espírito de equipa, boa comunicação, disponibilidade para a permanente aprendizagem, ser criativo e inovador, ser ético e estético. Isto porque, quando o comportamento do gestor não é adequado, pode tornar-se gerador de riscos psicossociais no trabalho, exigindo-se, assim, que estes possuam um conjunto de competências e de saberes para não se tornarem «líderes tóxicos», não serem geradores de riscos psicossociais e serem os principais atores na conceção e implementação de soluções na prevenção da violência no local de trabalho (Coelho, 2011).

No término desta explanação sobre a liderança, dir-se-á que nas organizações de saúde, também a equipa de enfermagem é confrontada permanentemente com diversos desafios, assumindo a defesa do local de trabalho uma vertente a não descurar pelos gestores (Marquis & Huston, 2015). Esta defesa manifesta-se na criação de um ambiente de trabalho seguro e potenciador do crescimento profissional e pessoal dos membros da equipa que lidera, representando uma competência fundamental no exercício da liderança.

2.4 Modelo conceptual e hipóteses de investigação

A saúde ocupacional tem como finalidade a análise e a prevenção dos riscos profissionais e a proteção e promoção da saúde do trabalhador. Com base em estratégias de identificação, avaliação e controlo dos riscos existentes no local de trabalho, esta área pretende garantir ambientes de trabalho saudáveis que evitem ou minimizem a exposição profissional a fatores de risco, suscetíveis de comprometer a saúde do colaborador, que assegurem a qualidade de vida laboral e a satisfação no trabalho, permitindo-lhe atingir níveis de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social (DGS, 2018). Considerando a violência ocupacional como um dos principais riscos psicossociais no trabalho, a nível mundial, urge compreender os principais fatores que contribuem para a alta prevalência destes episódios, especialmente contra os enfermeiros, bem como as consequências a curto e longo prazo, que podem não só afetar a pessoa em questão, como os colegas e a própria organização, com reflexo na motivação e satisfação profissional dos trabalhadores.

O problema da violência no trabalho tem aumentado, fruto de várias circunstâncias, entre as quais se destaca o aumento das relações interpessoais no trabalho, particularmente nos serviços de urgência, uma vez que as circunstâncias exigem, da parte do enfermeiro, um contacto muito próximo com utentes e familiares em situação de instabilidade (Costa, 2005; Mayhew & Chappel, 2007). A par da realidade mencionada, constata-se ainda um melhor e maior conhecimento por parte dos utentes, os espaços exíguos desse tipo de serviços e todos os fatores associados, a dotação insuficiente de profissionais para um atendimento individualizado e as próprias condições físicas do trabalho (DGS, 2014; ICN, 2006), o que tem vindo a preocupar trabalhadores, dirigentes, investigadores e organizações internacionais, tanto pelo aumento como pela gravidade dos episódios violentos (NIOSH, 2002; OMS, 2002; Coelho, 2011). A própria WHO verificou em 2018 que cerca de 8% a 38% dos profissionais já teriam presenciado algum tipo de violência física e que muitos mais já teriam sido ameaçados ou expostos à agressão verbal, praticada maioritariamente por doentes ou visitantes.

Por seu lado, cada vez mais se verifica uma crescente preocupação por parte das organizações no desenvolvimento de novas estratégias por forma a valorizar os seus colaboradores, implementando condições favorecedoras da satisfação e bem-estar dos trabalhadores, atendendo às evidências empíricas de que essas variáveis afetam o desempenho dos indivíduos e trazem resultados organizacionais desejáveis (Alves, 2016; Castro et al., 2011; Pantaleão & Veiga, 2019). Pela mais-valia que representam para a organização, bem como para a vida profissional dos colaboradores, torna-se essencial que sejam conhecidos os principais fatores responsáveis pela satisfação profissional dos enfermeiros (Correia, 2017). Embora a pesquisa tenha mostrado diferentes níveis de satisfação no trabalho para os enfermeiros, os preditores de satisfação tendem a ser relativamente semelhantes, incluindo as condições físicas do local de trabalho, a liderança à qual o trabalhador está submetido e as relações interpessoais entre colaboradores e utentes (Alcobia, 2011; Chiavennato, 2000), a remuneração, as oportunidades de progressão na carreira, as responsabilidades e a segurança no trabalho (Graça, 1999).

No contexto do relacionamento entre o profissional/utente e a equipa, autores como George e Jones (2012) consideram a violência no local de trabalho como uma das principais fontes de stresse com maior risco de vida. Segundo estudos recentes, a mesma constitui-se uma ameaça ao bom funcionamento do sector da saúde, podendo trazer efeitos negativos à saúde do trabalhador e levando a atitudes negativas em relação ao trabalho, como tristeza, stresse, medo, esgotamento, sentimentos de insegurança pessoal e profissional, níveis reduzidos de satisfação no trabalho e desempenho e comprometimento do bem-estar físico e afetivo, após experienciarem atos violentos (Hassankhani, et al., 2018; Bernardino, 2017). Este problema

afeta gravemente a saúde física e mental dos enfermeiros que são diretamente atingidos, mas também os que testemunham os episódios de violência, prejudicando o seu desempenho profissional futuro e a qualidade dos cuidados que as unidades de saúde atingidas prestam aos cidadãos (Tsukamoto et al., 2019).

O enfermeiro enfrenta ainda dificuldades no relacionamento com a equipa médica e os supervisores de enfermagem, assim como conflitos causados pela dificuldade de articulação entre as equipas, que conduzem à insatisfação profissional (Correia, 2017). Como facilitador deste relacionamento Ghazzawi (2008) alerta para a importância de práticas de gestão, como a presença de líder participativo, que promova oportunidades e recursos suficientes para a execução de tarefas, formação e desenvolvimento, que interligadas terão um impacto positivo na satisfação dos profissionais. Enquanto responsáveis máximos da organização hospitalar, os gestores assumem, ainda, um papel fundamental na existência e na prevenção de riscos psicossociais no trabalho, como fonte de riscos, mas também como atores principais na eficácia da sua prevenção. O gestor pode ser fonte de riscos pela sua própria personalidade, pelo seu estilo de liderança, pelo nível de competências e de conhecimentos que tem sobre o que é o risco psicossocial, bem como pelos fatores que deve ter em conta na organização do trabalho para os prevenir (Coelho, 2011). Reconhecendo o papel decisivo dos gestores na prevenção de riscos psicossociais, de acordo com o autor anteriormente mencionado, a investigação tem vindo a preocupar-se com a identificação do leque de competências que os gestores devem possuir para lidar com a prevenção de riscos psicossociais. Nesta linha de pensamento, as competências de liderança do enfermeiro gestor exerceriam um papel moderador na relação entre a violência ocupacional e a satisfação profissional.

Em termos gerais, uma variável com efeito moderador é uma variável que afeta a direção e/ou a força da relação entre uma variável independente ou preditora e a variável dependente ou critério (Baron & Kenny, 1986 cit. in Lins, 2001, p, 76). Para contextualizar o modelo conceptual, é importante destacar o enfoque adotado para as variáveis que o compõem. A variável antecedente, usada na tentativa de predizer a variável critério, corresponde à violência ocupacional, que por sua vez, será associada à natureza e frequência dos episódios violentos, nos últimos 12 meses. Tendo por base a investigação de Rogers e Kelloway (1997), na violência física no trabalho, serão considerados os comportamentos negativos de natureza mais física, experienciados pelo trabalhador, durante os últimos 12 meses (e.g., bater, agarrar, empurrar, atirar com algum objeto), a sua ameaça, ou ambos, assim como os danos infligidos contra os bens pessoais ou do local de trabalho do trabalhador, ou a sua ameaça (e.g., os seus bens pessoais ou do seu local de trabalho foram danificados?). Agressão psicológica no trabalho, segundo Schat, Desmarais

e Kelloway (2006), cobrirá um conjunto de comportamentos agressivos específicos, não físicos, perpetrados pelo público, experienciados pelo trabalhador durante os últimos 12 meses (e.g., ser insultado, ser interrompido, ser criticado). Por fim, tomando como referência a investigação realizada por Rogers e Kelloway (1997), na violência vicariante estão contempladas as situações como o ver e ouvir falar de colegas de trabalho /ou superior experimentar acontecimentos violentos e/ou agressivos no trabalho, durante os últimos 12 meses.

A variável moderadora corresponde às competências de liderança, mensuradas a partir da percepção dos colaboradores, enfermeiros que prestam cuidados no serviço de urgência. As competências descritas consideram tanto processos de liderança como de gestão, suportados nos 8 papéis de liderança do MVC. Finalmente, a variável critério relaciona-se com a satisfação no trabalho, descrita por meio de diferentes dimensões intrínsecas e extrínsecas, mensuradas a partir da percepção de cada indivíduo. Isto é, será considerada a satisfação global dos enfermeiros relativamente ao seu trabalho, decorrente da sua percepção sobre aspetos relacionados com o trabalho como salário, promoção, supervisão, benefícios, recompensas, condições de trabalho, colegas, responsabilidade e variedade de tarefas.

O modelo conceptual deste trabalho parte da premissa de que a violência ocupacional sobre os enfermeiros influencia a satisfação profissional, ocorrendo uma associação negativa e dessa forma repercutindo-se desfavoravelmente nas atitudes e desempenho de cada colaborador, sendo esta associação moderada, pelas competências de liderança do enfermeiro gestor (Figura 1.4).

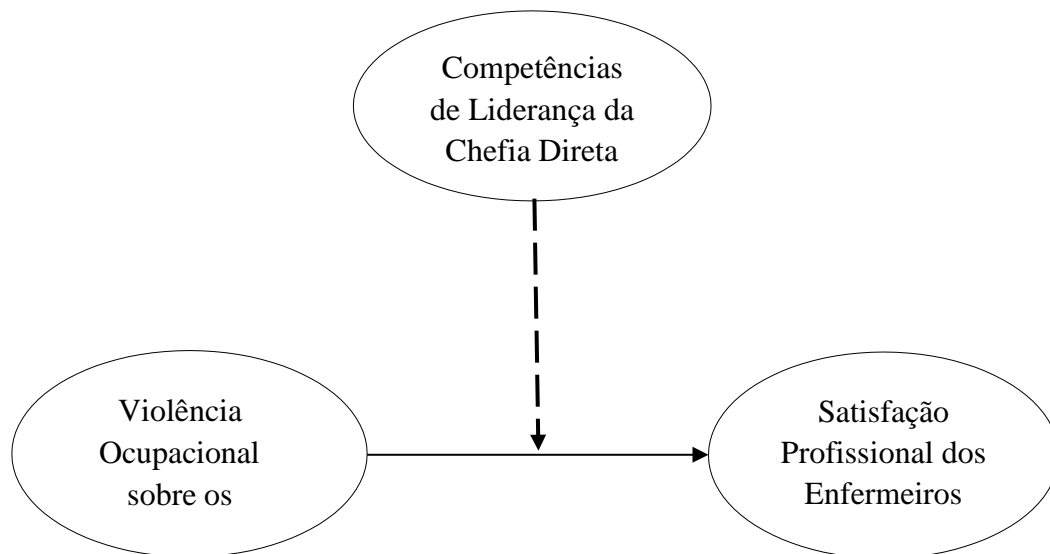


Figura 1.4 - O papel moderador das competências de liderança na relação entre violência ocupacional e satisfação profissional

Tendo em conta o objetivo geral desta investigação, formulam-se as seguintes hipóteses de investigação, para as quais se pretende obter respostas:

H1: Existe uma relação negativa entre a violência ocupacional sobre os enfermeiros e a satisfação profissional desses profissionais.

H2: A relação entre a violência ocupacional sobre os enfermeiros e a satisfação profissional desses profissionais é moderada pelas competências de liderança do enfermeiro gestor.

H3: Existe relação entre as competências de liderança do enfermeiro gestor e a satisfação profissional dos enfermeiros.

Capítulo 3

3 Enquadramento Metodológico

O presente capítulo pretende apresentar, de forma sistemática, os vários procedimentos que foram adotados durante as fases do estudo, de forma a atingir os objetivos formulados.

3.1 Tipo de Estudo/abordagem de investigação

Tendo em consideração a problemática apresentada e o objetivo definido para esta investigação, é de salientar que o presente estudo assenta numa abordagem quantitativa, do tipo descritivo-correlacional, pois teve como principal objetivo analisar a relação entre a violência ocupacional e a satisfação profissional dos enfermeiros, moderada pelas competências de liderança do seu gestor direto. A amostra foi obtida por bola de neve enviando o questionário a pessoas que respondessem aos critérios de inclusão, às quais foi pedido o reencaminhamento para outros contactos nas mesmas condições.

Freixo (2018) definiu como método de investigação quantitativo o processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Deste modo, a abordagem quantitativa reflete um processo complexo que leva a resultados que devem conter o menor enviesamento possível. Como características inerentes a este tipo de abordagem, destacam-se a objetividade, a predição, o controlo e a generalização.

Trata-se de uma investigação descritiva, uma vez que tem como intuito descobrir novos conhecimentos. Este tipo de investigação compreende a identificação do fenómeno a estudar, assim como a definição do ou dos conceitos que se reportam a este fenómeno e a elaboração das definições conceptuais e operacionais das variáveis, que além de conferirem uma perspetiva ao estudo, permitem a ligação entre os conceitos e as descrições que lhe são atribuídas (Fortin, 2009).

3.2 Variáveis e sua operacionalização

Segundo Fortin (2009), os conceitos devem ser definidos aquando da conceção do quadro teórico, não apenas de forma conceptual, mas também de forma operacional, para possibilitar a sua medição. Quando se recorre a determinados conceitos e se

utilizam num

Violência Ocupacional, Satisfação Profissional e Competências de Liderança

estudo, passam a denominar-se de variáveis e são-lhes atribuídos valores numéricos. As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são analisadas numa investigação, podendo adquirir diferentes valores.

No presente estudo, a variável antecedente, usada na tentativa de prever a variável dependente, corresponde à violência ocupacional, que por sua vez, será associada à natureza e frequência dos episódios violentos, nos últimos 12 meses.

A variável moderadora corresponde às competências de liderança, mensuradas a partir da percepção dos colaboradores, enfermeiros que prestam cuidados no serviço de urgência. As competências descritas consideram tanto processos de liderança como de gestão, suportados nos 8 papéis de liderança do Modelo dos Valores Contrastantes. Finalmente, a variável dependente relaciona-se com a satisfação no trabalho, descrita por meio das dimensões intrínsecas e extrínsecas, mensuradas a partir da percepção de cada indivíduo (Tabela 1.1).

Tabela 1.1 - Operacionalização das variáveis em estudo

Variável dependente		
Satisfação profissional dos enfermeiros (Escala Geral de Satisfação)	Satisfação Intrínseca	Reconhecimento, responsabilidade, promoção e conteúdo da tarefa
	Satisfação Extrínseca	Organização no trabalho, horário, remuneração e condições físicas
Variável preditora		
Violência ocupacional (Escala de Agressão e Violência no Trabalho)	Natureza da violência	Violência Física, Agressão Psicológica e Violência Vicariante
	Frequência da violência	Nunca, 1-2 vezes, 3-4 vezes, 4 ou + vezes
Variável moderadora		
Papéis de Liderança	Competências de Liderança	
Mentor	Auto compreensão e compreensão dos outros Comunicação interpessoal Desenvolvimento dos subordinados	
Facilitador	Criação de equipas Tomada de decisões participativas Gestão de conflitos	
Broker	Criar e manter uma base de poder Negociar acordos e compromissos Apresentar as ideias: apresentações verbais eficazes	
Inovador	Conviver com a mudança Pensamento criativo Gestão da mudança	
Monitor	Reduzir a sobrecarga de informação Analisar a informação criticamente Apresentar a informação: redigir com eficácia	
Coordenador	Planificação Organização e desenho Controlo	
Diretor	Tomada de iniciativas Fixação de metas Delegação eficaz	
Produtor	Produtividade e motivação pessoal Motivar os outros Gestão do tempo e do stresse	

As definições conceptuais das variáveis fornecidas pelos quadros de referência servem de guia à definição operacional das variáveis. Deste modo, quando se fala de operacionalizar as variáveis, significa formulá-las numa forma observável e mensurável, convertendo-as em fatores disponíveis para serem manipulados, controlados e examinados (Freixo, 2018). Seguidamente serão apresentadas as variáveis e a sua operacionalização de acordo com o estatuto que assumem neste estudo.

3.3 Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados é descrita como um processo organizado e concebido para promover a aquisição de informação na sua proveniência (Fortin, 2009). Perante a tipologia do estudo descritivo-correlacional em causa, segundo o mesmo autor, quando se pretende descrever as relações entre as variáveis selecionadas, “apela-se a escalas de medida, a testes normalizados e a questionários” (Fortin, 2009, 369). Assim, com o objetivo de descrever a relação entre a natureza e a frequência do fenómeno da violência nos enfermeiros, as competências de liderança do seu gestor direto e o nível de satisfação no trabalho, selecionou-se o questionário como método de recolha de dados, uma vez que estes são instrumentos de registo escrito e planeados para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos” (Vilelas, 2017, p.315). Ainda segundo o mesmo autor, a finalidade do questionário é obter, de forma sistemática e ordenada, a informação acerca da população que se estuda e das variáveis que são objeto de estudo. Este é composto por uma série de questões às quais os indivíduos devem responder por escrito e onde esse conjunto de enunciados ou de questões permitem avaliar as suas atitudes e opiniões (Sousa e Baptista, 2011). Freixo (2018) refere ainda que o investigador utiliza o questionário como um instrumento de medida que lhe permitirá confirmar ou infirmar uma ou várias hipóteses de investigação. Fortin (2009), por sua vez destaca como vantagens da utilização de um questionário, o facto de ser: pouco dispendioso, após a sua elaboração pode ser aplicado a toda amostra ao mesmo tempo, não necessitando da presença física do investigador, promovendo o anonimato e privacidade na resposta às questões, entre outras.

Relativamente ao instrumento final (Anexo I), o **questionário sociodemográfico** constituiu a primeira parte de um conjunto de instrumentos. Este contém questões de natureza sociodemográficas (sexo, idade, habilitações literárias) e questões relacionadas à sua atividade profissional nos SU (formação específica e adicional, tempo de serviço, administração regional de saúde), tendo em vista a caracterização dos participantes no estudo.

A segunda parte do questionário é composta por uma **Escala de Avaliação de Competências de Liderança** (Quinn, 1988), adaptada para a população portuguesa no contexto específico da saúde por Parreira et al. (2006). A escala é composta por 32 questões fechadas do tipo *Likert* com 7 opções de resposta (variando entre 1=*quase nunca* a 7=*quase sempre*) que avaliam competências de liderança, distribuídas por oito papéis: “Mentor”, “Facilitador”, “Broker”, “Inovador”, “Monitor”, “Coordenador”, “Diretor” e “Produtor”. Este instrumento permitiu-nos avaliar as competências de liderança percebidas pelos enfermeiros, através de um processo de heteroavaliação.

Seguidamente, encontra-se a **Escala de Agressão e Violência no Trabalho** de Rogers e Kelloway (1997), validada para a versão portuguesa por Pacheco (2016), que a subdividiu em três subescalas: Violência Física no Trabalho; Agressão Psicológica no Trabalho e Violência Vicariante no Trabalho. Esta escala é constituída por 22 itens e foi utilizada com o intuito de avaliar a frequência de acontecimentos agressivos ou violentos (ocorridos durante o último ano) provenientes de fontes externas, como: clientes/doentes ou familiares/amigos dos doentes. A subescala Violência Física no Trabalho foi desenvolvida e validada por Rogers & Kelloway (1997). É constituída por oito itens, organizados numa escala de mensuração ordinal de tipo *Likert*, com quatro classes que indicam uma frequência. Aos respondentes é pedido que indiquem quantas vezes [de 0 (nunca) a 3 (4 ou mais vezes)] experienciaram no trabalho, acontecimentos de violência física ou a sua ameaça. A subescala Agressão Psicológica no Trabalho foi desenvolvida e validada por Schat, Desmarais & Kelloway (2006). No seu original, a escala compreende três fatores que representam a exposição a agressão psicológica no trabalho vinda de três fontes: colegas, supervisores e membros do público. Neste estudo, apenas foram aplicados os nove itens que refletem comportamentos de agressão psicológica no trabalho perpetrados pelo público. Trata-se de uma escala de mensuração ordinal tipo *Likert*, de quatro pontos (0 =*Nunca*; 1=*Uma vez*; 2=*Duas ou três vezes*; 4=*Quatro ou mais vezes*). Isto é, é requerido aos participantes que indiquem quantas vezes, no último ano, foram alvo de agressão psicológica no trabalho (e.g., ser tratado de forma rude; ser alvo de comentários grosseiros). A subescala Violência Vicariante no Trabalho, desenvolvida e validada por Rogers & Kelloway (1997), é uma escala de mensuração ordinal, composta por cinco itens, num formato de resposta de tipo *Likert* e cujas classes, à semelhança das escalas anteriores, indicam uma frequência, ou seja, é pedido aos participantes que assinalem quantas vezes, no último ano, viram/ouviram falar de um colega de trabalho/familiar ser ameaçado/ter experienciado acontecimentos violentos. Estes acontecimentos eram referentes aos períodos em que os indivíduos se encontravam a desempenhar funções nos SU, sendo que quanto maior for a pontuação em cada item, maior a frequência de exposição a

acontecimentos agressivos ou violentos.

Por último, a **Escala Geral de Satisfação** originalmente desenvolvida por Warr, Cook e Wall (1979) foi validada para a população portuguesa por Viterbo (2012). Este instrumento avalia não só a perceção dos trabalhadores em relação à sua experiência laboral, mas também a perceção do conteúdo do trabalho realizado. É composta por 15 itens de resposta segundo escala tipo *Likert* (de 1=*muito insatisfeito* a 7=*muito satisfeito*) que se encontram organizados em duas subescalas relacionadas com satisfação intrínseca e extrínseca. A primeira permite avaliar aspetos como reconhecimento pelo trabalho desenvolvido, responsabilidade, promoção e conteúdo da tarefa. Já a dimensão de satisfação extrínseca avalia a satisfação relativamente à organização do trabalho, horário, remuneração e condições físicas do trabalho. Este instrumento permite, assim, avaliar três níveis de satisfação, intrínseca, extrínseca e global.

3.4 População e Amostra

A população é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades. Este conjunto tem uma ou mais características comuns, e encontram-se num determinado espaço ou território conhecido, sendo a amostra uma parte da população (Vilelas, 2017). A amostragem é um conjunto de operações que permitem escolher um grupo de indivíduos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada. Segundo Freixo (2018), a descrição da população e da amostra faculta uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados. Por outro lado, as características da população definem o grupo de indivíduos que serão incluídas no estudo e precisam os critérios de seleção.

No entanto, muitas vezes o investigador não tem tempo nem recursos suficientes para recolher e analisar dados fornecidos por toda a população, pelo que nesta situação, só é possível considerar uma parte da população, designada por amostra. A amostra dos dados que for retirada da população deve ser o mais representativa possível dessa mesma população.

Constitui-se, assim, como população alvo do estudo os enfermeiros que exerçam funções num serviço de urgência geral ou pediátrica de todo o país. A opção apenas pelos enfermeiros do Serviço de Urgência relaciona-se com o facto de a literatura demonstrar que a este grupo de profissionais são exigidos níveis significativos de contato direto e muito próximo com doentes em sofrimento e/ou em situações limite que carecem de ajuda. Acresce, ainda, o facto de estes serviços apresentarem condições de trabalho pouco satisfatórias, tais como instalações exíguas e desajustadas às necessidades dos utentes e seus acompanhantes, a dotação insuficiente de enfermeiros para um atendimento

individualizado, fazem com que o trabalho no serviço de urgência assuma um caráter imprevisível e os seus profissionais estejam mais vulneráveis e sejam expostos a um maior número de agressões permanentes à sua saúde física e mental.

Assim, a amostra foi constituída por 107 enfermeiros, recrutados através de um processo de amostragem não probabilística por bola de neve, tendo como critérios de inclusão: a) aceder livremente a participar no estudo; b) Ser enfermeiro a exercer funções na prestação direta de cuidados nos SU em tempo igual ou superior a um ano.

A aplicação destes critérios de inclusão conduziu à redução da população, tornando-a pouco representativa o que se veio a refletir nos resultados obtidos. Para além disto, pelo contexto de pandemia COVID-19 vivenciada durante a realização deste estudo, adveio dificuldade na adesão dos enfermeiros à resposta ao questionário.

3.5 Procedimentos Formais e Éticos

A realização de qualquer pesquisa implica por parte do investigador o levantamento de questões morais e éticas (Freixo, 2018). Ao efetuar estudos que envolvem seres humanos, podem pôr-se em causa os direitos e a liberdade dos indivíduos. Assim, antes de iniciar a investigação, o investigador tem o dever de respeitar princípios básicos, nomeadamente o da não maleficência, o da autonomia, o da beneficência e o da justiça (Carpenter e Streubert, 2013).

Para garantir o respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes a este tipo de trabalho de investigação foi efetuado o pedido de autorização, em formulário próprio da instituição, à Presidente da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior, onde foi solicitado parecer e fornecida informação acerca dos objetivos e procedimentos do estudo, dos participantes e do instrumento de recolha de dados proposto. Após deliberação da Comissão de Ética, foi dado parecer favorável ao desenvolvimento do estudo (Anexo II). Posteriormente, foi solicitada e obtida a autorização dos autores de cada uma das escalas para posterior utilização.

Por fim, foi elaborado e inserido o pedido de consentimento informado, juntamente com os questionários de forma a informar os enfermeiros acerca dos objetivos do estudo, bem como para assegurar o anonimato da informação recolhida e reforçar que o seu preenchimento tinha carácter voluntário. A recolha de dados decorreu em Portugal através do envio questionário via correio eletrónico, no período compreendido entre 10 de dezembro 2020 e 27 de abril de 2021, altura em que foi possível obter uma amostra de 107 enfermeiros.

3.6 Técnica de análise dos dados

Após a recolha de dados através da administração de questionários e com o objetivo de testar as hipóteses delineadas a partir da revisão de literatura, torna-se necessário analisar e interpretar os dados, sendo analisados com recursos à estatística descritiva e inferencial. Na primeira recorreu-se às medidas de frequência (absoluta e relativa), às medidas de tendência central (média) e às medidas de dispersão (desvio-padrão). Para a análise inferencial, e tendo presente a complexidade do modelo assente em relações hipotéticas de causalidade entre as variáveis selecionadas, procedeu-se à análise de dados recorrendo ao uso de uma especificação de um modelo de equações estruturais.

A análise de Modelos de Equações Estruturais (*Structural Equation Modeling-SEM*), ou Análise de Equações Estruturais (AEE) é, segundo Marôco (2010) uma abordagem metodológica de modelação generalizada, utilizada para testar a validade de modelos teóricos que preconizam a verificação de relações estruturais, causais e hipotéticas, entre variáveis, sendo estas representadas através de parâmetros que indicam a magnitude e o sentido do efeito que ocorre entre elas, ou seja, descrevem hipóteses respeitantes a padrões de associações entre as variáveis no modelo teórico (Marôco, 2010).

Em diversas situações, os investigadores deparam-se com dados que não seguem uma distribuição normal multivariada, modelos complexos (muitos constructos e muitas variáveis observadas) (Mackenzie; Podsakoff; Podsakoff, 2011), poucos dados e/ou modelos com suporte teórico menos robusto ou pouco explorado (Ringle; Silva; Bido, 2014). Dessa forma, os modelos de equações estruturais baseadas em covariância (CB-SEM) ou em modelos de estimação de ajuste de máxima verossimilhança não são recomendados, sendo indicado o modelo de equação estrutural baseada em variância (VB-SEM) ou em modelos de estimação de ajuste de mínimos quadrados parciais (PLS) (Hair; Sarstedt; Ringle 2012). A diferença entre CB-SEM e VB-SEM reside no tratamento dos dados, ou seja, no primeiro caso calculam-se regressões lineares múltiplas realizadas em simultâneo, enquanto no segundo, se calculam as correlações entre os constructos e suas variáveis mesuradas, observadas ou itens (modelo de medida) e em seguida são realizadas regressões lineares entre constructos (modelo estrutural). Dessa forma, é possível estimar modelos mais complexos com um menor número de dados (Ringle; Silva; Bido, 2014), sendo o PLS o modelo de estimação mais adequado quando o tamanho da amostra é inferior a 200 observações (Chin; Marcolin; Newsted, 2003), o que se verifica no presente estudo.

De entre os diversos autores que defendem o uso do modelo *Partial Least Squares* (PLS),

Henseler & Sarstedt (2012), referem como vantagens, o facto de não implicar nenhuma

suposição acerca da população ou escala de medição, na medida em que pode ser usado quando as distribuições são muito assimétricas; mesmo quando se dispõe de uma pequena amostra, a trajetória do PLS pode ser utilizada para estimar as relações entre as variáveis latentes e os vários indicadores; a facilidade de utilização do *software* SmartPLS (Ringle & Will, 2005), bem como o facto de a sua utilização ser preferível aos métodos baseados em covariância quando são prováveis resultados impróprios ou não convergentes, como por exemplo, em modelos mais complexos, nos quais o número de variáveis latentes e independentes é elevado em relação ao número de observações, e, ainda, quando o número de indicadores por variável latente é baixo.

A base de dados estudada diz respeito a enfermeiros e é constituída por um total de 77 variáveis, das quais 8 são variáveis sociodemográficas (género, idade, habilitações académicas, formação complementar, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional no atual serviço, ARS e departamento de serviço) e 69 variáveis correspondem às variáveis manifestas presentes no Modelo com Equações Estruturais.

As variáveis foram medidas com base no questionário (Anexo I) composto por uma parte sociodemográfica; pela versão portuguesa da Escala de Avaliação de Competências de Liderança (ECL) (Quinn, 1988); pela Escala de Agressão e Violência no Trabalho de Rogers e Kelloway (1997) e pela Escala Geral de Satisfação originalmente desenvolvida por Warr, Cook e Wall (1979) e validade para a população portuguesa por Viterbo (2012).

Dito isto, no presente estudo optou-se por usar o método PLS, devido às vantagens associadas, sublinhadas pela sua manifesta flexibilidade em relação ao tamanho da amostra, através do *software* *SmartPLS* (Ringle & Will, 2005).

Capítulo 4

4 Apresentação e análise dos dados

Com o intuito de descrever de forma objetiva e precisa as características globais da amostra utilizada, calcularam-se alguns parâmetros descritivos. Inicialmente, serão apresentados os dados que permitem a caracterização da amostra do estudo, nomeadamente ao nível sociodemográfico e profissional dos enfermeiros (e.g., idade, habilitações literárias e formação complementar, tempo de exercício profissional e no respetivo serviço).

Posteriormente, abordar-se-ão as diferentes variáveis de acordo com a ordem presente no instrumento de recolha de dados. Por fim, analisar-se-ão os dados referentes às variáveis em estudo, bem como de cada dimensão das escalas e respetivos itens.

4.1 Caracterização da amostra

No presente estudo, a amostra é constituída por 107 enfermeiros a desempenhar funções no SU há pelo menos um ano. Conseguiu-se obter 103 respostas válidas, não tendo existido respostas perdidas ou anuladas.

No que respeita à distribuição da amostra em função do sexo dos enfermeiros, constata-se que a maioria dos enfermeiros que responderam a este questionário são do sexo feminino (72.9%) e os restantes (27.1%) do género masculino (Tabela 1.2).

Tabela 1.2 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo dos enfermeiros

Sexo	N	%
Masculino	29	27.1
Feminino	78	72.9
Total	107	100,0

As estatísticas para a idade revelam, para a totalidade da amostra, uma idade mínima de 23 anos e uma máxima de 64 anos, ao que corresponde uma média de idade de 41.91 anos e um desvio padrão de 10.20 (Tabela 1.3).

Tabela 1.3- Distribuição da amostra de acordo com a idade dos enfermeiros

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade	23	42	64	10.20

Dada a amplitude de variação das idades, foi feita a recodificação da variável, estabelecendo-se quatro grupos etários. Dos resultados apresentados na Tabela 1.4, verifica-se que a maior frequência de idade se encontra no grupo etário situado entre os 32 e os 42 anos (38.3%), seguindo-se uma percentagem de 28% no grupo etário entre os 43 e os 53 anos.

Tabela 1.4- Distribuição da amostra de acordo com os grupos etários

Grupo Etário	N	%
21 - 31	17	15.9
32 - 42	41	38.3
43 - 53	30	28.0
54 - 64	19	17.8
Total	107	100.0

Apresentamos na Tabela 1.5 os resultados relativos às habilitações académicas, constatando-se que 72.9% dos enfermeiros têm licenciatura (72.9 %), 22.4% possuem o grau de Mestre e apenas 3.7 % o grau de Doutor.

Tabela 1.5 - Distribuição da amostra de acordo com as habilitações académicas

Habilitações Académicas	N	%
Bacharelato	1	0.9
Licenciatura	78	72.9
Mestrado	24	22.4
Doutoramento	4	3.7
Total	107	100.0

Relativamente à formação complementar (ver Tabela 1.6), verifica-se que 71% dos enfermeiros tem formação complementar. Em particular, 42.1% têm um curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem e 21.5% uma pós-graduação. Oito enfermeiros possuem ainda outra licenciatura para além do curso de enfermagem (Tabela 1.6). Os restantes elementos da amostra não responderam à questão, o que sugere que não têm qualquer formação complementar.

Tabela 1.6 - Distribuição da amostra de acordo com as habilitações profissionais

Formação Complementar	N	%
Pós-licenciatura de especialização em enfermagem	45	42.1
Pós-graduação	23	21.5
Outra Licenciatura	8	7.5
Total	76	71.0
Não respondeu	31	29.0
Total	107	100.0

No que diz respeito ao exercício profissional (Tabela 1.7), os dados foram colhidos em anos completos, e posteriormente recodificados em três grupos etários. Assim, verifica-se que 45.8% dos enfermeiros, trabalha há 15 ou menos anos, 42.1% apresenta um tempo de exercício profissional que varia entre 16 e 30 anos e apenas 12.1% é enfermeiro há mais de 30 anos. Na amostra há enfermeiros que exercem a profissão há 1 ano (tempo mínimo de inclusão no estudo) e o máximo de 40 anos, sendo a média de 18 anos. Em relação ao tempo de exercício no atual serviço, também o intervalo de anos é igual ao anterior, mas com uma média de 11 anos.

Tabela 1.7 - Distribuição da amostra de acordo com o tempo de exercício profissional

Tempo de Exercício Profissional (anos)	N	%
1-15	49	45.8
16-30	45	42.1
> 30	13	12.1
Total	107	100,0

Média=18; Máx=40;Min=1

Em relação ao tempo de exercício profissional no atual serviço (ver Tabela 1.8), 72.9% trabalham há 15 ou menos nesse local e 23.4 % entre 16 a 30 anos. Apenas 2.8 % trabalha no atual serviço há mais de 30 anos.

Tabela 1.8 - Distribuição da amostra de acordo com o tempo de exercício profissional no atual serviço

Tempo de exercício no atual Serviço (anos)	N	%
1-15	78	72.9
16-30	26	23.4
> 31	3	2.8
Total	107	100.0

Média=11; Máx=40;Min=1

Em relação à Administração Regional de Saúde a que pertence a instituição onde o enfermeiro exerce as suas funções (Tabela 1.9), verificou-se que, a maioria exerce funções na ARS do Centro (75.7%), estando representados com a mesma percentagem a do Norte e a de Lisboa e Vale do Tejo (12.1%).

Tabela 1.9 - Distribuição da amostra de acordo com a ARS a que a instituição pertence

Administração Regional de Saúde	N	%
Norte	13	12.1
Centro	81	75.7
Lisboa e Vale do Tejo	13	12.1
Total	107	100,0

Os enfermeiros que trabalham no SU exercem maioritariamente no serviço de urgência geral, o que se verificou (Tabela 1.10) no presente estudo, ao constatar-se uma maior percentagem (76,6%) de enfermeiros a exercerem funções neste serviço. Relativamente à urgência pediátrica, na amostra em estudo, 23,4% exercem funções nesta unidade, que atende crianças em idade pediátrica (entre 0-18 anos).

Tabela 1.10 - Distribuição da amostra de acordo com o departamento onde presta cuidados

Departamento/nível de serviço	N	%
Serviço de Urgência Geral	82	76,6
Unidade de Urgência Pediátrica	25	23,4
Total	107	100,0

4.1.1 Análise descritiva das Competências de Liderança

Na Tabela 1.11, podemos verificar as principais estatísticas relativas ao estudo descritivo da escala de liderança de *Quinn*. De um modo geral, verifica-se uma heterogeneidade nas respostas obtidas, uma vez que se encontram respostas em todos os pontos da escala, para todos os 32 itens que a compõem. Pela análise da tabela, podemos confirmar que os valores médios se situam acima da média da escala, variando entre 4.23 e 5.06 [próximos dos obtidos por Sousa e Guimarães (2018), i.e., 4,21 e 5,22], indicando um reconhecimento global das competências de liderança. Quanto ao desvio-padrão, este varia entre 1,53 e 1,62, indicando uma dispersão adequada, e logo, um bom poder discriminativo.

Os itens que apresentaram valores médios mais elevados são o 20 (“Trata as pessoas de modo delicado e cuidado”), o 17 (“Trabalha com informação técnica”) e o 2 (“Promove a continuidade das operações diárias da unidade”). Por outro lado, os itens que apresentaram valores médios mais baixos são o 3 (“Exerce influências nos níveis mais altos da organização”) e o 32 (“Analisa planos e projetos”).

Tabela 1.11 - Valores da estatística descritiva (itens ordenados por ordem crescente dos valores médios)

Itens	Estatísticas Descritiva				
	N	Min.	Max.	Me.	DP.
20. Trata as pessoas de modo delicado e cuidado	107	1	7	5,06	1,529
17. Trabalha com informação técnica	107	1	7	4,98	1,625
2. Promove a continuidade das operações diárias da unidade	107	1	7	4,98	1,274
18. Tem acesso a pessoas de níveis mais elevados dentro da organização	107	1	7	4,93	1,525
12. Assegura que todos saibam os objetivos da unidade	107	1	7	4,84	1,632
16. Demonstra empatia e preocupação na relação com os subordinados	107	1	7	4,81	1,435
9. Minimiza ruturas no fluxo de trabalho	107	1	7	4,80	1,545
21. Mantém as rédeas do que se passa na unidade	107	1	7	4,78	1,481
4. Revê cuidadosa e detalhadamente toda a informação disponível	107	1	7	4,74	1,436

Violência Ocupacional, Satisfação Profissional e Competências de Liderança

11. Encoraja a tomada de decisão participativa	107	1	7	4,67	1,452
23. Impulsiona a unidade para o cumprimento dos seus objetivos	107	1	7	4,66	1,648
26. Clarifica prioridades e direções	107	1	7	4,65	1,705
19. Clarifica objetivos da unidade de trabalho	107	1	7	4,65	1,677
10. Utiliza/experimenta conceitos e procedimentos novos	107	1	7	4,64	1,442
25. Procura inovações e melhorias potenciais	107	1	7	4,63	1,575
5. Mantém na unidade uma orientação para os resultados	107	1	7	4,63	1,520
6. Facilita a construção de consensos no trabalho da unidade	107	1	7	4,60	1,413
29. Preocupa-se com as necessidades dos subordinados	107	1	7	4,58	1,643
7. Define áreas de responsabilidade para os subordinados	107	1	7	4,57	1,744
15. Verifica se são cumpridos os objetivos estabelecidos	107	1	7	4,54	1,728
27. Apresenta aos superiores hierárquicos ideias convincentes	107	1	7	4,53	1,712
8. Ouve os problemas pessoais dos subordinados	107	1	7	4,53	1,538
24. Encoraja os subordinados a partilhar ideias em grupo	107	1	7	4,50	1,696
22. Resolve problemas com criatividade	107	1	7	4,50	1,520
30. Realça a obtenção das propostas previstas	107	1	7	4,49	1,562
13. Influência decisões tomadas em níveis superiores	107	1	7	4,48	1,488
28. Traz à unidade uma sensação de ordem	107	1	7	4,46	1,744
1. Propõe ideias criativas	107	1	7	4,34	1,473
31. Cria uma equipa de trabalho com grupos	107	1	7	4,29	1,705
14. Compara registos e relatórios na procura de discrepâncias	107	1	7	4,28	1,698
3. Exerce influências nos níveis mais altos da organização	107	1	7	4,28	1,541
32. Analisa planos e projetos	107	1	7	4,23	1,623

Mín. = valor mínimo; Máx. = valor máximo; Me. = Média; DP. = Desvio padrão

Considerando que cada dimensão é constituída por 4 itens, o score mínimo esperado é de 4 (situado no “Quase nunca”) e o score máximo esperado de 28 (situado no “Quase sempre”). Transpondo estes valores para as sete possibilidades de resposta da escala tipo *Likert*, verifica-se que as respostas se reportam a uma pontuação sobre a perceção das competências de liderança do enfermeiro chefe, situada entre 4 e 5, isto é, a perceção de que aquela situação ocorre ocasionalmente e/ou frequentemente, pois, atendendo à Tabela 1.12, pode constatar-se que as médias dos scores obtidos para cada um dos oito papéis de competências de liderança, variam entre 18,06 e 19,02.

Tabela 1.12- Médias dos papéis (scores) da escala das competências de liderança

	Facilitador	Mentor	Inovador	Broker	Produtor	Diretor	Coordenador	Monitor
Média	18,06	18,98	18,10	18,22	18,32	18,72	19,02	18,23
Mediana	18,00	20,00	19,00	18,00	18,00	20,00	19,00	19,00
Desv. Padrão	5,444	5,576	5,416	5,568	5,914	6,222	5,252	5,722
Variância	29,638	31,094	29,338	31,006	34,974	38,713	27,585	32,747
Mínimo	4	4	5	4	4	4	7	4
Máximo	28	28	28	28	28	28	28	28

Analisando as médias relativas à percepção dos enfermeiros face ao desempenho das competências de liderança do seu enfermeiro gestor (Tabela 1.13), verificam-se valores médios, para os 8 papéis de liderança, superiores a 4 e inferiores a 5, apresentando o papel de *coordenador* a pontuação mais elevada (4,75) e o de *facilitador* a pontuação mais baixa (4,51).

Tabela 1.13- Médias dos papéis da escala das competências de liderança

Papéis de Liderança	Score Médio	Média do Fator
Coordenador	19,02	4,75
Mentor	18,98	4,74
Diretor	18,72	4,67
Produtor	18,32	4,58
Monitor	18,23	4,55
<i>Broker</i>	18,22	4,55
Inovador	18,10	4,52
Facilitador	18,06	4,51

4.1.2 Análise descritiva da Agressão e Violência no trabalho

A Tabela 1.14 mostra-nos as estatísticas descritivas referentes à média e desvio-padrão dos itens da escala de violência e agressão no trabalho. Analisando os valores médios e respetivos desvios padrão dos itens, apuramos que a média mais baixa (0,06) foi obtida no item “... foi ameaçado (a), por membros do público, com alguma arma?” e a mais elevada (1,58) nos itens “...foi tratado(a), por membros do público, com desrespeito?” e “...foi tratado(a), por membros do público, de uma forma rude?”.

Tabela 1.14- Valores da estatística descritiva (itens ordenados por ordem crescente dos valores médios)

Durante os últimos 12 meses, enquanto estava no trabalho...	Estatísticas Descritiva				
	N	Min.	Max.	Me.	DP
12. ... foi tratado(a), por membros do público, com desrespeito?	107	0	3	1,58	1,000
9. ...foi tratado(a), por membros do público, de uma forma rude?	107	0	3	1,58	,972
10. ...foi sujeito(a) a comentários grosseiros, por membros do público?	107	0	3	1,49	,994
14. ... foi alvo de comentários mal educados, por membros do público?	107	0	3	1,45	1,012
15. ...alguém do público, o interrompeu (cortar a palavra/impedir de realizar a atividade) enquanto estava a falar/trabalhar?	107	0	3	1,44	1,074
16. ... alguém do público, julgou ou criticou injustamente o seu trabalho?	107	0	3	1,44	1,030
11. ...foi insultado(a) verbalmente, por membros do público?	107	0	3	1,36	,994
17. ... as suas decisões foram questionadas, por membros do público?	107	0	3	1,36	,925
19. ... ouviu falar de algum dos seus colegas de trabalho e/ou superior ter experienciado acontecimentos violentos (violência física/agressão) no trabalho, por membros do público?	107	0	3	1,30	1,118
13. ...foi alvo da ira de alguém do público?	107	0	3	1,24	1,008
21. ... ouviu falar de algum colega de trabalho e/ou superior ser					

Violência Ocupacional, Satisfação Profissional e Competências de Liderança

ameaçado, com violência física no trabalho, por membros do público?	107	0	3	1,13	1,074
18. ... viu algum dos seus colegas de trabalho e/ou superior experimentar acontecimentos violentos (violência física/agressão) no trabalho, por membros do público?	107	0	3	1,04	1,140
20. ... viu algum colega de trabalho e/ou superior ser ameaçado, com violência física no trabalho, por membros do público?	107	0	3	0,89	,994
22. ... algum dos seus amigos e/ou familiar experienciou ou foi ameaçado, por membros do público, com violência física enquanto estava no trabalho?	107	0	3	0,70	,924
4. ...foi ameaçado(a) por membros do público com algum dos exemplos de violência física supracitados?	107	0	3	0,65	0,881
7. ...alguém do público ameaçou danificar os seus bens pessoais ou do seu local de trabalho?	107	0	3	0,63	0,795
8. ...alguém do público, lhe fechou a porta na cara?	107	0	3	0,50	0,744
1. ... alguém do público lhe bateu, o(a) pontapeou, agarrou ou empurrou?	107	0	3	0,44	0,779
6. ...os seus bens pessoais ou do seu local de trabalho foram danificados, por membros do público?	107	0	2	0,31	0,539
2. ... alguém do público lhe cuspiu ou mordeu?	107	0	3	0,30	0,602
3..... alguém do público lhe atirou com algum objeto?	107	0	3	0,28	0,579
5..... foi ameaçado (a), por membros do público, com alguma arma?	107	0	1	0,06	0,231

Para melhor especificação das dimensões e respectivos resultados desta escala, analisar-se-ão os dados estatísticos relativos à natureza da violência em três subescalas diferentes: violência física no trabalho, agressão psicológica no trabalho e a violência vicariante no trabalho.

Violência Física no Trabalho

Analisando a distribuição das respostas de acordo com a frequência dos acontecimentos da violência física (tabela 1.15), verifica-se que o “nunca” predomina nas respostas apresentada nesta subescala. No entanto, é de preocupar a frequência de alguns acontecimentos, com as respostas de 1, 2-3 e 4 ou mais vezes. Assim, no item “...foi ameaçado(a) por membros do público com algum dos exemplos de violência física supracitados?”, apesar de a maioria não referir tal acontecimento, verifica-se uma importante percentagem de enfermeiros a relatar, como resposta, uma vez (25.2%), 14 enfermeiros a indicar entre 2 a 3 vezes e 5 enfermeiros a referirem a ocorrência deste tipo de agressão 4 ou mais vezes nos últimos 12 meses.

Outro item que se realça pela frequência dos acontecimentos é o de “...alguém do público ameaçou danificar os seus bens pessoais ou do seu local de trabalho?”, uma vez que 55.1% indicam nunca ter ocorrido, mas 29% apontam uma frequência de uma vez, 14% entre 2 a 3 vezes e 2 enfermeiros 4 ou mais vezes.

Violência Ocupacional, Satisfação Profissional e Competências de Liderança

Tabela 1.15 - Valores da estatística descritiva (frequência da violência física)

Durante os últimos 12 meses, enquanto estava no trabalho...	Nunca		1 vez		2-3 vezes		4 / + vezes	
	N	%	n	%	n	%	n	%
1. ... alguém do público lhe bateu, o(a) pontapeou, agarrou ou empurrou?	76	71.0	18	16.8	10	9.3	3	2.8
2. ... alguém do público lhe cuspiu ou mordeu?	82	76.6	19	17.8	5	4.7	1	0.9
3. alguém do público lhe atirou com algum objeto?	83	77.6	19	17.8	4	3.7	1	0.9
4. ...foi ameaçado(a) por membros do público com algum dos exemplos de violência física supracitados?	61	57.0	27	25.2	14	13.1	5	4.7
5. foi ameaçado (a), por membros do público, com alguma arma?	101	94.4	6	5.6	0	0.0	0	0.0
6. ...os seus bens pessoais ou do seu local de trabalho foram danificados, por membros do público?	78	72.9	25	23.4	4	3.7	0	0.0
7. ...alguém do público ameaçou danificar os seus bens pessoais ou do seu local de trabalho?	59	55.1	31	29.0	15	14.0	2	1.9
8. ...alguém do público, lhe fechou a porta na cara?	67	62.6	28	26.2	10	9.3	2	1.9

Agressão Psicológica no Trabalho

A opção de resposta “nunca” é a opção menos frequente nas respostas apresentadas aos itens da subescala de agressão psicológica (Tabela 1.16). Existem frequências preocupantes face aos números que apresentam nas opções de resposta de maior frequência. O item “...foi tratado(a), por membros do público, de uma forma rude?” é o que apresenta uma menor percentagem (17 enfermeiros) na opção nunca, resultando numa maior frequência nas opções de 2 a 3 vezes (39 enfermeiros) e de 4 ou mais (20 enfermeiros).

Tabela 1.16 – Valores da estatística descritiva (frequência da agressão psicológica)

Durante os últimos 12 meses, enquanto estava no trabalho...	Nunca		1 vez		2-3 vezes		4 / + vezes	
	n	%	N	%	n	%	n	%
1. ...foi tratado(a), por membros do público, de uma forma rude?	17	15.9	31	29.0	39	36.4	20	18.7
2. ...foi sujeito(a) a comentários grosseiros, por membros do público?	22	20.6	28	26.2	40	37.4	17	15.9
3. ...foi insultado(a) verbalmente, por membros do público?	26	24.3	30	28.0	37	34.6	14	13.1
4. ...foi tratado(a), por membros do público, com desrespeito?	19	17.8	28	26.2	39	36.4	21	19.6
5. ...foi alvo da ira de alguém do público?	31	29.0	32	29.9	31	29.0	13	12.1
6. ... foi alvo de comentários mal educados, por membros do público?	23	21.5	31	29.0	35	32.7	18	16.8
7. ...alguém do público, o interrompeu (cortar a palavra/impedir de realizar a atividade) enquanto estava a falar/trabalhar?	26	24.3	30	28.0	29	27.1	22	20.6
8. ... alguém do público, julgou ou criticou injustamente o seu trabalho?	23	21.5	34	31.8	30	28.0	20	18.7
9. ... as suas decisões foram questionadas, por membros do público?	21	19.6	38	35.5	36	33.6	12	11.2

Violência Vicariante no Trabalho

Analisando a violência vicariante (Tabela 1.17) verifica-se uma distribuição de respostas por todas as alternativas, sendo o “nunca” a opção mais frequente nas respostas obtidas nesta subescala. Estes resultados não deixam de preocupar pela frequência com que estes acontecimentos são registados pelos enfermeiros, nomeadamente nas opções de resposta que indicam uma maior frequência. Neste sentido realça-se o item “... ouviu falar de algum dos seus colegas de trabalho e/ou superior ter experienciado acontecimentos violentos (violência física/agressão) no trabalho, por membros do público” com frequências de 21 e 22 enfermeiros, nas opções de 2 a 3 vezes e 4 ou mais vezes, respetivamente.

Tabela 1.17 - Valores da estatística descritiva (frequência da violência vicariante)

Durante os últimos 12 meses, enquanto estava no trabalho...	Nunca		1 vez		2-3 vezes		4/+ vezes	
	N	%	n	%	n	%	n	%
1. ... viu algum dos seus colegas de trabalho e/ou superior experienciar acontecimentos violentos (violência física/agressão) no trabalho, por membros do público?	48	44.9	26	24.3	14	13.1	19	17.8
2. ... ouviu falar de algum dos seus colegas de trabalho e/ou superior ter experienciado acontecimentos violentos (violência física/agressão) no trabalho, por membros do público?	33	30.8	31	29.0	21	19.6	22	20.6
3. ... viu algum colega de trabalho e/ou superior ser ameaçado, com violência física no trabalho, por membros do público?	49	45.8	31	29.0	17	15.9	10	9.3
4. ... ouviu falar de algum colega de trabalho e/ou superior ser ameaçado, com violência física no trabalho, por membros do público?	39	36.4	31	29.0	21	19.6	16	15.0
5. ... algum dos seus amigos e/ou familiar experienciou ou foi ameaçado, por membros do público, com violência física enquanto estava no trabalho?	59	55.1	28	26.2	13	12.1	7	6.5

4.1.3 Análise descritiva da Satisfação Profissional

Tendo em conta as sete possibilidades de resposta da escala tipo *Likert* para avaliar a satisfação profissional (que varia entre 1 muito insatisfeito(a) e 7 muito satisfeito(a)), pode observar-se na tabela 10, que a média das respostas varia entre 2,43 e 4,59, correspondendo às possibilidades de respostas de “insatisfeito” e “moderadamente

satisfeito(a)”. Com base nos resultados obtidos nos diferentes indicadores, a média da satisfação global é de 3,65. Especificando estes dados para a satisfação extrínseca, observa-se que os enfermeiros se encontram insatisfeitos com o seu salário e benefícios (2,72) e moderadamente insatisfeito (3,18) com o “modo como globalmente a empresa é gerida”. Por outro lado, apresentam melhores médias de satisfação (4,59) em indicadores, como “a estabilidade do seu emprego”. No que diz respeito à satisfação intrínseca, a média obtida para os respetivos itens varia entre 2,43 (“as suas possibilidades de progressão na carreira”) e 4,19 (“a responsabilidade que lhe é atribuídas nas suas tarefas”) (Tabela 1.18).

Tabela 1.18 - Valores da estatística descritiva (satisfação extrínseca e intrínseca)

Indique em que medida se sente satisfeito/a ou insatisfeito/a com:	Estatísticas Descritiva			
	Min.	Max.	Média	DP
<i>Satisfação Extrínseca</i>				
1. ... as condições físicas do trabalho	1	6	3,45	1,38
3 ... os seus companheiros de trabalho	1	7	4,42	1,15
5. ... o meu superior imediato (chefia direto)	1	7	3,82	1,45
7..... com o seu salário e benefícios	1	6	2,72	1,62
9. ... o relacionamento entre a direção da empresa e os trabalhadores	1	7	3,31	1,50
11. ... o modo como globalmente a empresa é gerida	1	7	3,18	1,45
13. ... o seu horário de trabalho	1	7	3,93	1,37
15. a estabilidade do seu emprego	1	7	4,59	1,31
<i>Satisfação Intrínseca</i>				
2. ... a autonomia para escolher os métodos ou o modo de executar as suas tarefas	2	6	3,97	1,20
4. ... o reconhecimento que obtém pelo trabalho bem realizado	1	6	3,50	1,43
1. ... a responsabilidade que lhe é atribuída nas suas tarefas	1	7	4,19	1,23
8... a possibilidade de aplicar as suas capacidades e aptidões	1	7	3,91	1,48
10. ... as suas possibilidades de progressão na carreira	1	7	2,43	1,51
12. ... à atenção que é dada às suas sugestões	1	7	3,36	1,42
14. ... a variedade de tarefas que realiza	1	7	4,17	1,31

N=107

4.2. Teste ao modelo Conceptual

Depois da recolha de dados deve ser feita uma avaliação que assegure a necessária adequação dos dados à técnica estatística escolhida (Hair et al., 1998). Uma vez que a recolha de dados foi efetuada *online* e as perguntas eram de resposta obrigatória não se verificaram valores em falta.

4.2.1 Estimação do modelo

A avaliação da AEE, normalmente, segue um processo de duas etapas que envolve dois componentes: (1) o modelo de medida, que especifica não só o número de fatores, mas

também o modo como os vários indicadores estão relacionados com as variáveis latentes, e as relações entre os erros dos indicadores; e (2) o modelo estrutural, que especifica o modo como as variáveis latentes estão relacionadas umas com as outras (Henseler et al., 2009). Desta forma, ir-se-á proceder à estimação do modelo de acordo com essas etapas.

4.2.1.1 Modelo de medição

Tal como acontece com a maioria dos métodos estatísticos, PLS-SEM tem regras práticas que servem como diretrizes para avaliar os resultados do modelo (Chin, 2010; Hair et al., 2017 cit. in Shiau, Sarstedt, & Hair, 2019). Para especificar como as variáveis latentes (constructos) são mensuradas, explicar-se-á os dois tipos de escala de mensuração utilizados na SEM: (i) reflexivas e (ii) formativas (Henseler et al., 2009). Deste modo, quando um modelo é operacionalizado reflexivamente, as variáveis latentes manifestam-se ou refletem-se nas variáveis manifestas, já que neste tipo de modelo, mudanças no constructo causam mudanças nos itens (Hair; Hult, Ringle; Sarstedt, 2014). De outro modo, nos modelos formativos, as variáveis latentes são consideradas “efeitos” em detrimento de “causas”. Nessa abordagem, é esperado que as variações nos indicadores causem mudanças no constructo ao qual estão vinculados (Gefen et al., 2000), o que significa que as variáveis latentes são formadas pelas variáveis manifestas e estas podem estar positiva ou negativamente correlacionadas.

O modelo inicial de medição deste trabalho apresenta características somente reflexivas, contendo 3 constructos que são medidos por 69 indicadores ou variáveis manifestas, conforme esquematizado na Tabela 1.23 (Apêndice I). Deste modo, realizou-se uma análise fatorial exploratória (AFE), a fim de determinar quais as variáveis que condicionam a satisfação profissional dos enfermeiros, resultando na inserção de duas novas variáveis, representadas no eixo horizontal do modelo dos valores contrastantes, seguido neste estudo. Isto é, tendo em conta o enquadramento teórico, optou-se por substituir, no modelo inicial, os 8 indicadores de avaliação das competências de liderança (papéis de liderança), pela orientação externa e interna, retratados respetivamente, na extremidade direita e esquerda do eixo horizontal do modelo. De forma a garantir maior parcimónia do modelo foi excluída a orientação interna por se tratar de uma variável sem contributo significativo. Na continuação deste processo de análise, o mesmo foi feito relativamente ao constructo da violência, especificamente na dimensão da violência física (VF), de acordo com os dados anteriormente descritos e especificados na Tabela 1.22, passando a incluir apenas 2 itens, como se pode observar na figura 1.6. No que diz respeito às restantes dimensões, apenas se excluiu um item na violência vicariante. A variável dependente (satisfação profissional) foi estudada com as suas duas dimensões e a totalidade dos itens inicialmente considerados.

Neste modelo estrutural, a satisfação profissional atua como variável dependente

Violência Ocupacional, Satisfação Profissional e Competências de Liderança

(endógena), uma vez que é explicada (setas apontadas para ela) por outros constructos latentes “Violência Ocupacional” e “Competências de Liderança”. Depois de determinados os valores e reajustados os constructos violência ocupacional (VO) e competências de liderança (CL), de acordo com o proposto na revisão da literatura, o modelo assumiu o formato final que ficou conforme se apresenta na Figura 17.

O modelo seguidamente apresentado é composto por 47 indicadores ou variáveis manifestas que medem ou refletemos 3 constructos.

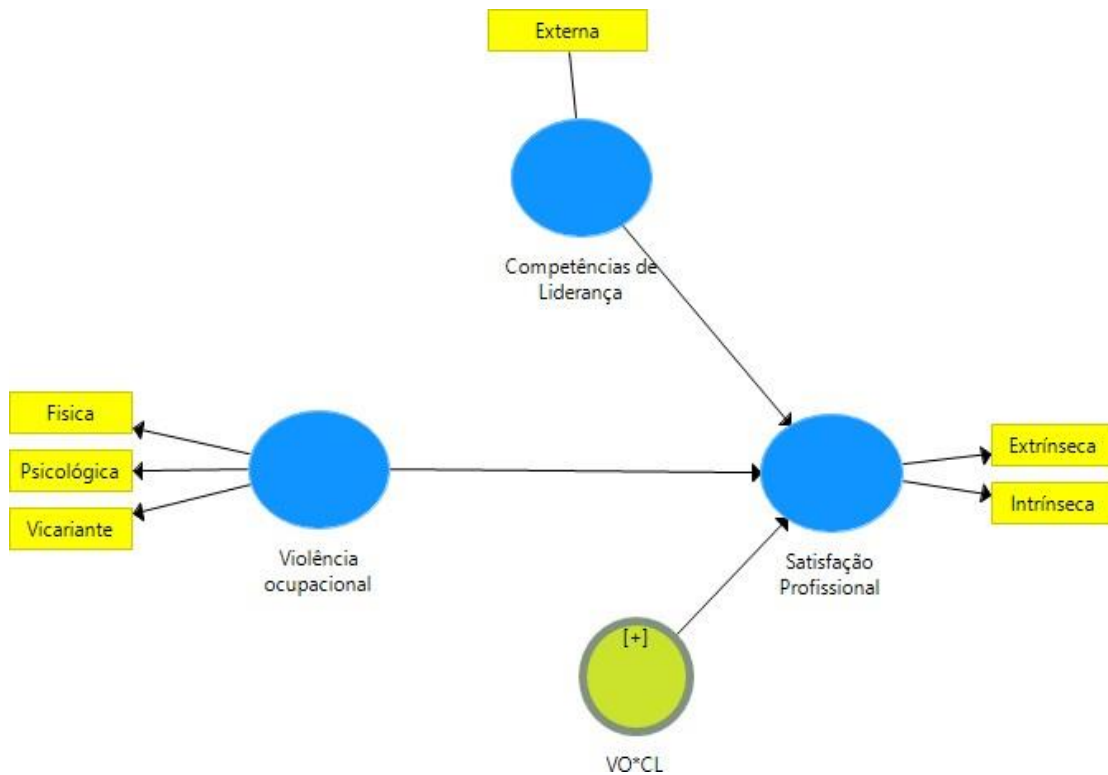


Figura 1.5- Modelo de equações estruturais com três variáveis latentes. Legenda: Violência Ocupacional (violência física- VF, agressão psicológica- AP, violência vicariante – VV); Satisfação Profissional (intrínseca – SPI e extrínseca – SPE); Competências de Liderança (Orientação externa- OE).

Posteriormente procedeu-se a uma subdivisão do modelo para uma melhor compreensão e análise de cada constructo de acordo com a figura 1.6.

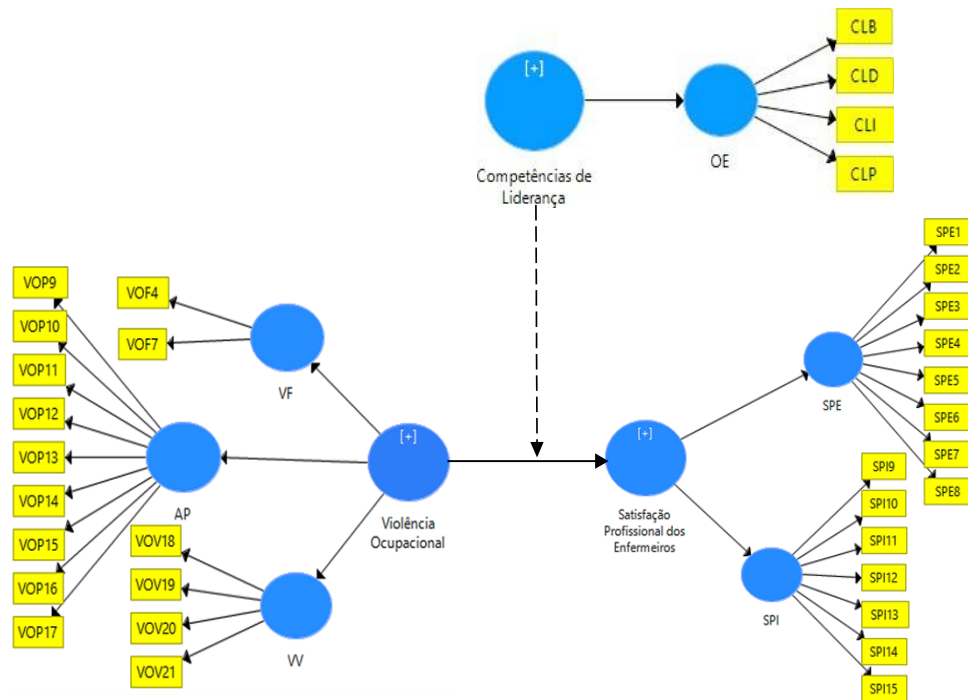


Figura 1.6- Modelo de equações estruturais com três variáveis latentes e respectivos indicadores. Legenda: Competências de liderança (OE- orientação externa; CLB- competências de liderança do papel broker; CLD- competências de liderança do papel diretor; CLI- competências de liderança do papel inovador; CLP- competências de liderança do papel produtor).

Nos indicadores reflexivos, segundo Hair et al. (2019), deve ter-se em linha de conta a avaliação: (i) valor dos *loadings*; (ii) consistência interna (*Cronbachs Alpha*); (iii) confiabilidade composta (*Composite Reliability*) e (iv) validade discriminante (*discriminant validity*). Relativamente ao valor dos *loadings*, diversos autores (Bagozzi & Yi, 1988; Barclay et al., 1995; Chin, 1998a; Chin, 1998b; Hulland, 1999; Keil et al., 2000; Sarkar et al., 2001; Hair et al., 2011) referem que os *loadings dos indicadores* devem aproximar-se ou exceder os 0.70 e deste modo, asseguram que têm mais de 50% da variância desse indicador partilhado com o constructo, fornecendo assim uma confiabilidade aceitável ao item (Hair et al., 2019). Outros autores preconizam que, caso haja indicadores adicionais como base de comparação, os valores devem situar-se acima dos 0.40 (Hulland, 1999) e dos 0.50 (Chin, 1998b; Hulland, 1999; Hair et al., 2011). Após uma análise de *loadings* (Tabela 1.19) ao modelo final, observa-se que apenas duas das variáveis do constructo da violência apresentam o *loading* inferior a 0.70 (VF; AP). Como este indicador se encontra dentro das condições preconizadas por Chin (1998b), Hulland (1999) e Hair et al. (2011), optou-se pela sua manutenção na especificação do modelo.

Tabela 1.19: *Loadings* dos indicadores

Indicador	Tipo	<i>Loading</i>
OE	R	1.000
SPE	R	1.000
SPI	R	0.935
VF	R	0.537
AP	R	0.623
VV	R	1.164

Legenda: R= Reflexivo

Posteriormente, é preciso observar os valores da consistência interna (Alfa de Cronbach) e Confiabilidade Composta (p-rho de Dillon Goldstein), sendo esta última (CC) a mais adequada para o PLS, uma vez que prioriza as variáveis de acordo com as suas confiabilidades, enquanto o AC é mais sensível ao número de variáveis em cada constructo. Em ambos os casos, tanto AC como CC são utilizados para avaliar se a amostra está livre de vieses, ou ainda, se as respostas em conjunto são confiáveis (Ringle; Silva; Bido, 2014). Hair, Hult, Ringle, Sarstedt (2014) citam que os valores do AC acima de 0,60 e 0,70 são considerados adequados em pesquisas exploratórias e valores de 0,70 e 0,90 do CC são considerados satisfatórios. Os resultados desta análise são apresentados na Tabela 1.19, bem como os correspondentes valores do *Alfa de Cronbach*, sendo possível observar que os valores AC e CC das variáveis CL, SP e VO apresentaram uma confiabilidade satisfatória devido aos seus valores serem maiores que 0,70.

Tabela 1.20: Consistência interna e validade discriminante

Constructo	Indicador associado	Loading	Fiabilidade composta	Alfa de Cronbach	AVE
CL	OE	1.000	1.000	1.000	1.000
SP	SPE	1.000	0.967	0.966	0.937
	SPI	0.935			
VO	VF	0.537	0.848	0.832	0.676
	AP	0.623			
	VV	1.164			

A validade convergente é a extensão em que o constructo converge para explicar a variância dos seus itens. A métrica usada para avaliar a validade convergente é a variância média extraída (AVE) para todos os itens em cada constructo. Para calcular o AVE, deve-se elevar ao quadrado a carga de cada indicador do constructo e calcular o valor médio. Um AVE aceitável é 0,50 ou superior, indicando que o constructo explica pelo menos 50 % da variância dos seus itens (Hair et al., 2019). Os resultados são apresentados também na Tabela 1.20, verificando-se que todos os valores se encontram dentro do valor de referência, ou seja, são superiores a 0.50 (Hair et al., 2011). Contudo, Fornell & Larcker (1981) referem que deve haver outros critérios a ter em conta na avaliação da validade discriminante, como é o caso da análise comparativa dos coeficientes de correlação interconstructos e da raiz quadrada de AVE, sendo necessário que os valores da diagonal principal sejam superiores aos restantes valores nas respetivas linhas e colunas, conforme sugere Barclay et al. (1995). Na Tabela 1.21 são apresentadas as correlações entre constructos e raiz quadrada de AVE cujo resultado também está conforme o preconizado pela literatura de referência.

Tabela 1.21: Correlação entre constructos e raiz quadrada de AVE

	CL	SP	VO*CL	VO
CL	1.000			
SP	0.474	0.968		
VO*CL	0.119	0.091	1.000	
VO	-0.029	-0.146	-0.275	0.822

4.2.1.2 Modelo estrutural

Concluída a avaliação do modelo de medida, o próximo passo é avaliar o modelo estrutural. A primeira análise, segundo Hair et al. (2011) consiste na avaliação do coeficiente de determinação de Pearson (R^2), indicando a percentagem da variância das variáveis endógenas, a qual é explicada pelo modelo estrutural. Para a área das ciências sociais e comportamentais, Cohen (1988) sugere que $R^2=2\%$ seja classificado como efeito pequeno, $R^2=13\%$ como efeito médio e $R^2=26\%$ como efeito grande.

Seguidamente, analisam-se os valores das correlações e regressões lineares da SEM. É necessário verificar a significância ($p \leq 0,05$) entre as variáveis, pois para os casos de correlação estabelece-se a hipótese nula (H_0) como $r = 0$, e para os casos de regressão se estabelece $H_0 = 0$ (coeficiente de caminho = 0). Caso ocorra a aceitação da H_0 , deve-se reconsiderar a inclusão de variáveis latentes (VL) ou variáveis observadas (VO) na SEM. Devido ao *software* calcular testes *t de Student* entre os valores originais dos dados e aqueles obtidos pela técnica de reamostragem, para cada relação de correlação entre a variável observada (VO) e a variável latente (VL) e para cada relação VL – VL, o *SmartPLS* apresenta os valores do teste *t* e não os *p-valores*. Por isso, deve-se interpretar que para os graus de liberdade elevados, valores acima de 1,96 correspondem a *p-valores* $\leq 0,05$ (entre -1,96 e +1,96 corresponde à probabilidade de 95% e fora desse intervalo 5%, em uma distribuição normal) (Ringle; Silva; Bido, 2014).

Dessa forma, o modelo estrutural permite-nos determinar, por exemplo, que as competências de liderança do enfermeiro gestor enquanto moderadoras da relação entre a violência e a satisfação profissional dos enfermeiros têm o efeito mais fraco (*path coefficient*= -0,002), seguido da VO com um efeito fraco e negativo na SP (*path coefficient*= -0,133). Por sua vez, as CL têm o efeito mais forte na SP (*path coefficient*= 0,470).

Com base nos resultados estimados pode concluir-se que a violência ocupacional, enquanto constructo exógeno, explica 24.2% da variância do constructo endógeno SP ($R^2 = 0,242$), conforme indicado no modelo final apresentado na Figura 1.7.

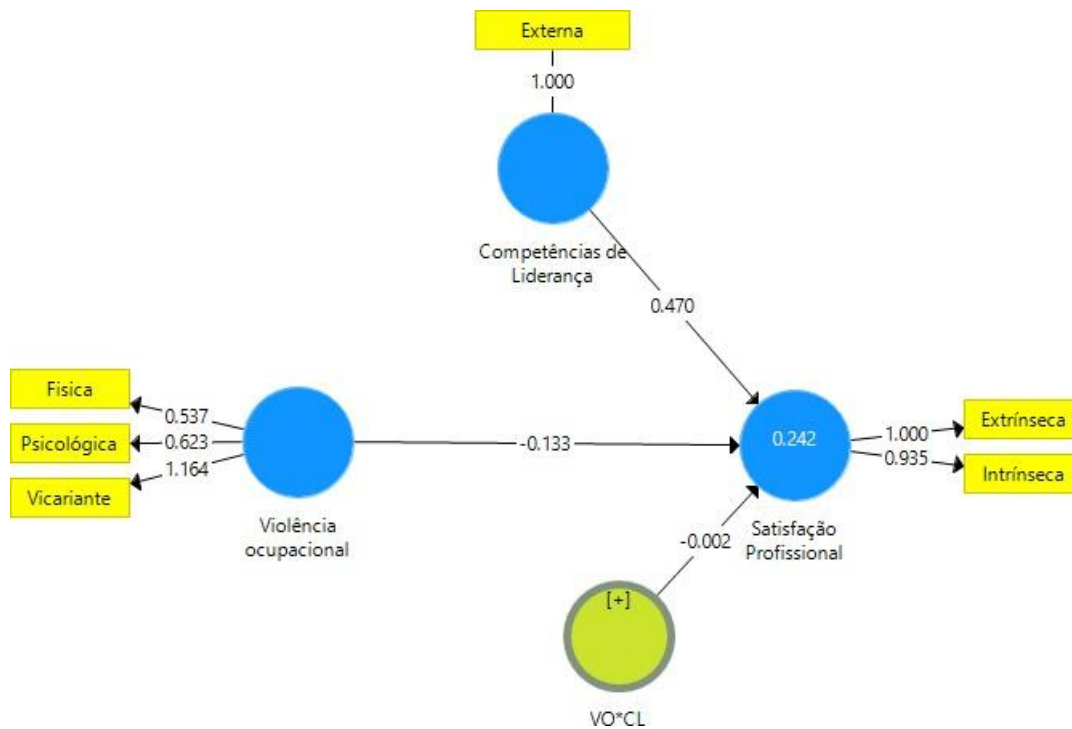


Figura 1.7- Modelo final de equação estrutural e respetivos

loadings

Para testar a significância das relações apontadas, foi desenvolvido o “*bootstrapping*” ou técnica de reamostragem, com 1000 subamostras. Atendendo aos valores estimados dos coeficientes e os correspondentes *t-value*, é possível afirmar que apenas o valor da relação CL – SP se encontra acima do valor de referência de 1,96 (Ringle; Silva; Bido, 2014).

Tabela 1.22- Relações estruturais

Hipóteses	Relações estruturais	Valor estimado	t-value
H1	VO -> SP	-0.133	1.209**
H2	VO *CL-> SP	-0.002	0.018**
H3	CL-> SP	0.470	5.032**

Legenda: ** = nível de significância 5% (=>1.96)

Tendo presente os resultados apenas não se rejeita a terceira hipótese. Contudo, aceita-se a hipótese nula relativamente às relações estruturais entre VO-SP e VO*CL-SP, conforme disposto na Tabela 1.22. O facto de não existir relação entre a violência e a satisfação dos enfermeiros, sinaliza que a satisfação profissional dos enfermeiros poderá estar dependente de outros fatores que não os estudados nesta investigação, considerando que a violência ocupacional, sob diferentes formas, não se constitui enquanto indicadores, que em conjunto possam ter influência neste constructo. Por outro lado, as competências de liderança do seu gestor direto, resultantes da orientação externa, relacionam-se com a satisfação profissional dos enfermeiros.

Capítulo 5

5 Interpretação e discussão dos resultados

Pretende-se, neste capítulo, efetuar uma síntese e uma apreciação crítica dos resultados obtidos, discutindo-os e confrontando-os com a literatura e a evidência científica desenvolvidas.

O presente estudo integrou 107 enfermeiros que, durante o período de 10/12/2021 a 27/04/2021, participaram voluntariamente no estudo. Este período foi caracterizado pela vivência de um contexto de pandemia, o que exigiu uma grande necessidade de adaptação e resiliência por parte destes profissionais para responder de forma eficaz às exigências que lhe foram sendo colocadas na prestação de cuidados.

Por uma questão de organização, os resultados serão discutidos seguindo a mesma ordem pela qual as variáveis foram estudadas no enquadramento teórico, ou seja, violência ocupacional nos enfermeiros, satisfação profissional e percepção das competências de liderança, bem como as possíveis relações.

5.1 Caracterização da violência sobre os enfermeiros

Tendo este estudo como objetivo analisar de que modo a violência ocupacional prediz a satisfação profissional, apresentam-se, seguidamente, os dados obtidos junto de uma amostra de enfermeiros que exercem funções em serviços de saúde onde surgem situações de elevada complexidade e onde os utentes detêm cada vez mais conhecimentos, tanto relativamente às situações de saúde/doença quanto aos seus direitos (DGS, 2014).

Relativamente às estatísticas descritivas da violência ocupacional, em termos médios, a experiência de comportamentos de agressão psicológica no trabalho é mais frequente que a violência física. Já, no que se refere ao facto de os enfermeiros ter experienciado violência vicariante no trabalho, porque, por exemplo, viram ou ouvirem falar de um colega ter experienciado comportamentos agressivos e violentos, realça-se que a maioria vivenciou essa situação uma ou mais vezes.

No que diz respeito aos comportamentos de violência física ou a sua ameaça, predominaram as respostas de ausência de violência. No entanto, é de realçar o registo de comportamentos mais severos de agressões por parte do público, em forma de bater, pontapear, agarrar ou

empurrar, com uma frequência de pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, pelo que qualquer frequência registada deve merecer preocupação e atenção. Ainda assim, os enfermeiros indicaram frequências mais elevadas perante situações de ameaça, tais como ser ameaçado por membros do público com algum dos exemplos de violência física referidos, e embora menos relatada, a ameaça com uma arma, o que se revela preocupante face ao risco a que os profissionais estão sujeitos no seu local de trabalho. Na dimensão de *agressão psicológica*, para além dos comportamentos relacionados com a forma como são tratados (e.g., ser tratado de forma rude), a maioria dos enfermeiros reportou ainda o questionamento das suas decisões pelo público e o ser tratado com desrespeito. No entanto, apesar de os comportamentos relativos à agressão psicológica serem a forma mais comum de violência no trabalho (Barbosa, et al., 2011), tendem a receber menos atenção por parte das organizações e dos meios de comunicação social, ainda que as evidências nos mostrem os seus efeitos nocivos e o seu potencial para despoletar atos de agressão mais graves (e.g., Barling, 1996; Schat & Frone, 2011). Como tal, e segundo Schat e Kelloway (2005), esta dimensão deve ser entendida como importante no estudo deste constructo mais geral que é a violência ocupacional e uma questão preocupante no âmbito da saúde ocupacional. Analisando os indicadores da *violência vicariante*, verifica-se uma distribuição de respostas por todas as alternativas, sendo o *nunca* a opção mais frequente nas respostas. Porém, é significativa a percentagem de enfermeiros que reportou ter experienciado de forma indireta atos de agressão no trabalho, realçando-se com valores mais elevados da ocorrência de pelo menos uma vez, os itens “... ouviu falar de algum dos seus colegas de trabalho e/ou superior ter experienciado acontecimentos violentos (violência física/agressão) no trabalho, por membros do público” e “...ouviu falar de algum colega de trabalho e/ou superior ser ameaçado com violência física no trabalho, com membros do público”.

No que a estes resultados diz respeito, importa avaliar de que forma esta realidade interfere no exercício de funções do trabalhador, e que tipo de consequências traz para as vítimas da violência quando estas experienciam ou observam condutas violentas. Comparando estes resultados com os obtidos pela WHO (2018), constata-se uma maior percentagem da ocorrência e ameaça de atos violentos, sob as diferentes formas. No entanto o presente estudo reportar-se a um horizonte temporal restrito dos últimos 12 meses, enquanto os da WHO se referem a toda a carreira profissional. Estes resultados podem dever-se às circunstâncias adversas em que os enfermeiros prestaram cuidados no contexto da pandemia COVID-19, onde as indignações e frustrações por parte dos utentes poderiam estar exacerbadas pela vivência da situação de incerteza perante o diagnóstico ou pelos longos períodos de espera, gerando maior desconforto, tensão e impaciência (Costa 2005; Mayhew & Chappell, 2007), bem como pela impossibilidade de acompanhamento por parte de familiares e amigos próximos nesta fase. Estes motivos poderão contribuir para explicar

a baixa incidência de atos violentos, uma vez que estes são maioritariamente praticados por visitantes ou acompanhantes, o que não foi possível durante o período de pandemia. Apesar destas circunstâncias, umas agravantes e outras atenuantes, constata-se frequências preocupantes de violência ocupacional a que estiveram sujeitos os enfermeiros ao exercerem a sua profissão no serviço de urgência. Isto pode levar a atitudes negativas em relação ao trabalho, como a insatisfação profissional, pois a falta de condições de trabalho, enquanto principal fator de risco para a violência ocupacional (ICN, 2006), constituíram-se durante o período da realização do estudo como uma realidade muito presente, manifestada através de níveis inadequadas de dotações e supervisão, grande rotatividade, carga laboral exigente (turnos de 12h) e a sobrelotação dos serviços de urgência, com instalações exíguas e desajustadas (Silva, et al., 2015).

5.2 Caracterização da satisfação profissional dos enfermeiros

No âmbito do presente estudo, foi dedicada especial atenção ao conhecimento do nível de satisfação dos enfermeiros, tendo em conta as diferentes fontes de satisfação e insatisfação profissional, medidas através das duas dimensões da escala de satisfação geral: extrínseca e intrínseca (Carlotto e Braun, 2014). Da análise destas dimensões da satisfação, os valores obtidos indicam que, em média os enfermeiros, se encontram entre os níveis de *moderadamente insatisfeito* e *nem satisfeito, nem insatisfeito*, tanto para a satisfação extrínseca como para a intrínseca, o que parece indicar uma relativa insatisfação por parte dos enfermeiros em relação aos fatores associados ao ambiente de trabalho, incluindo as condições nas quais desempenham as suas funções. Estas médias, incluindo a média da satisfação global, são inferiores às obtidas por Barbosa (2014). Relativamente à *satisfação extrínseca*, observa-se que os enfermeiros se encontram mais insatisfeitos com o seu salário e benefícios. Resultados análogos, onde também se demonstrou a existência de altos níveis de insatisfação, foram encontrados por Fontes (2009) e Castro et al. (2011).

Esta insatisfação é explicada pela OE (2004), ao defender que a remuneração tem um impacto positivo na satisfação dos enfermeiros, que têm regularmente mostrado a sua insatisfação, traduzida, por exemplo, em manifestações públicas de descontentamento com o salário e a progressão na carreira. Para além deste indicador, as condições físicas são também fonte de insatisfação no trabalho, o que vai ao encontro dos dados obtidos por Castro et al. (2011). Por outro lado, a satisfação que os enfermeiros indicam ter na estabilidade no emprego, seguida do relacionamento com os companheiros, é referida por diversos autores (Castro et al., 2011 e Ferreira et al., 2017), que indicam a coesão entre os colegas e as relações que se estabelecem no ambiente de trabalho como fontes de apoio e

bem-estar, demonstrando ser relevantes numa profissão como a enfermagem onde o relacionamento interpares é de fundamental importância para o êxito e cumprimento da missão do profissional de saúde (Fontes, 2009; Fernandes et al., 2011). No que se refere à satisfação com o superior hierárquico, obteve-se uma média inferior à de Ferreira et al., (2017), que refere níveis de satisfação neste indicador. Isto pode ser explicado pela pouca valorização do esforço desenvolvido pelos enfermeiros em termos da formação que adquirem, com cursos e graus académicos, não se refletindo no reconhecimento por parte da organização. É de ressaltar ainda que o papel do enfermeiro gestor é fundamental, este é responsável, por um lado, pela gestão de recursos humanos e materiais e, por outro, cabe-lhe um papel importante ao nível da melhoria da circulação de informação e do relacionamento interpessoal entre colegas e com os utentes. O facto de serem apresentados níveis mais próximos de insatisfação relativamente ao relacionamento entre a direção e os trabalhadores e as condições físicas do trabalho, pode ajudar a explicar a insatisfação com o superior hierárquico. A preocupação do líder em relação às necessidades da organização, mais do que às necessidades do colaborador (.,1987) poderá ser outro dos motivos pelo qual estes estão mais insatisfeitos com o seu trabalho e com o superior hierárquico.

Relativamente aos dados obtidos para a *satisfação intrínseca*, a responsabilidade atribuída é apontada como um aspeto positivo para a satisfação, até porque as situações vivenciadas no serviço de urgência exigem do enfermeiro um elevado nível de competências técnico-científicas para poderem agir com segurança, assertividade e destreza perante as situações da pessoa em estado crítico. Para além disso, uma maior satisfação intrínseca poderá ser explicada pela grande variedade de tarefas exigidas a este grupo de profissionais, o que também se verificou no estudo desenvolvido por Campden Health (2013) onde 86% dos profissionais se apresentavam satisfeitos. Esta é uma realidade no serviço de urgência ao qual acorrem utentes nas mais variadas circunstâncias e apresentando diferentes necessidades de cuidados, levando a que cada turno de trabalho seja único e a rotina e repetibilidade das tarefas não se verifique. Pela existência destas atividades desafiadoras no seu dia-a-dia (Graça, 1999), muitos enfermeiros preferem trabalhar neste tipo de unidades onde também a autonomia é muito valorizada. De facto, os resultados do presente estudo apontam para valores médios relativamente altos nesta dimensão, o que é corroborado por Ribeiro (2014), pois o enfermeiro, no exercício das suas funções, desempenha atividades autónomas, interdependentes e dependentes. Como principal fonte de insatisfação é apontada a progressão na carreira pois, apesar de possuírem formação que lhes permite a progressão (i.e., curso de especialização, mestrado e pós-graduação), este aspeto parece não ter vindo a ser valorizado pelas organizações de saúde, devido ao contexto económico e político do país. Também se encontram relativamente insatisfeitos com a atenção dada às sugestões e ao reconhecimento pelo trabalho realizado, aspeto este também referenciado

como fonte de insatisfação por Campden Health (2013), ao verificar-se uma percentagem de 61% dos profissionais insatisfeitos.

De uma forma geral, os enfermeiros que participaram no estudo apresentam valores médios de satisfação relativamente baixos, particularmente devido a fatores determinantes, como progressão na carreira e o salário e benefícios, o que parece estar em contradição com os valores mais altos obtidos ao nível da estabilidade no emprego e da responsabilidade que lhe é atribuída no exercício das suas funções. Estas diferenças podem estar associadas ao facto de os enfermeiros da amostra apresentarem uma média de tempo de serviço de 18 anos e, por isso, já poderem ter obtido o vínculo à instituição, o que lhes atribuiu segurança, mas que ainda não lhe garante a progressão na carreira.

5.3 Perceção dos enfermeiros face às competências de liderança

Enquanto responsável do sistema organizacional, o gestor deve adotar uma postura empreendedora, inovadora, visionária e assumir compromissos de excelência para uma gestão eficiente. Foi nesta perspetiva que se estudou a perceção das competências de liderança, no sentido de compreender o papel do gestor na satisfação dos enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência.

No presente estudo, a perceção dos enfermeiros face ao desempenho das competências de liderança do enfermeiro gestor, avaliada a partir do MVC, apresenta valores médios, para os 8 papéis de liderança superiores a 4 e inferiores a 5. Os papéis perçecionados pelos enfermeiros com melhor desempenho foram o de *Coordenador* (4,75), *Mentor* (4,74), *Diretor* (4,67) e *Produtor* (4,58). Por sua vez, os papéis de *Monitor* (4,55), *Broker* (4,55), *Inovador* (4,52) e *Facilitador* (4,51) foram os perçecionados com desempenhos mais fracos, apresentando valores médios ligeiramente mais baixos. Estes resultados vêm apoiar os resultados obtidos por Parreira et al (2006) no seu estudo, dado que os papéis de liderança com valores médios mais elevados e com valores mais baixos coincidem. Também Sousa e Guimarães (2018), no seu estudo, evidenciam resultados muito semelhantes, tendo em conta os diferentes papéis de liderança.

Analisando os diferentes indicadores, verifica-se que os enfermeiros atribuíram melhores médias nos papéis de *Coordenador*, *Mentor*, *Diretor* e *Produtor*, apontando para o predomínio de papéis que pertencem aos quadrantes inferiores do Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn & Rohrbaugh (1983), enquadrados no modelo dos objetivos racionais (*Diretor* e *Produtor*) e no modelo dos processos internos (*Coordenador*). Partindo desta premissa, os enfermeiros reconhecem competências no enfermeiro gestor

que tende a ter uma orientação mais focada na hierarquia e no controlo das funções, centrada na planificação e clarificação de objetivos. Tendo em conta o modelo de análise final avaliado no presente estudo, serão estudados, particularmente, os dois papéis enquadrados no modelo dos objetivos racionais, sendo que a principal função do líder, percebida pelos enfermeiros, enquanto diretor, passa pela capacidade de decisão, de planeamento, definição de metas e objetivos e, enquanto produtor, as competências focam-se no trabalho e na capacidade de motivar os colaboradores (Melo, 2014).

Atendendo à finalidade do exercício da profissão de enfermagem, o facto de os enfermeiros reconhecerem um menor desempenho do enfermeiro gestor em competências relacionadas com o modelo dos sistemas abertos (“Inovador” e “Negociador”), reflete a necessidade de este desenvolver competências de criatividade, de visão estratégica, de lidar com a mudança, de persuasão e de negociação, para a tomada de decisões adequadas em prol do bem-estar individual e coletivo, bem como no estabelecimento de relações interpessoais saudáveis (Sousa, 2012). Esta necessidade é sustentada por Rickard et al., (2012), ao referirem as boas relações interpessoais entre os enfermeiros e os seus pares como condições indispensáveis para um melhor alcance da satisfação profissional. Concluindo, as organizações devem-se preocupar com a criação de ambientes de trabalho que enfatizem o apoio social dos profissionais, melhorando o rendimento e reduzindo o nível de stress.

5.4 Teste de hipóteses

Depois de analisados os resultados descritivos em relação às variáveis de estudo, pretendeu-se testar as hipóteses inicialmente formuladas, constatando-se existir uma relação positiva e significativa entre as competências de liderança do enfermeiro gestor e a satisfação profissional dos seus colaboradores, embora a liderança não tenha demonstrado ser moderadora da relação prevista entre a violência e a satisfação. Este resultado revela-se inesperado, pois, de forma geral os enfermeiros encontram-se insatisfeitos, tanto a nível global como nas suas dimensões intrínseca e extrínseca, e relatam vários episódios de violência, tanto no que se refere a atos como a intenções.

Confirmada a natureza multidimensional da violência ocupacional e analisada a sua frequência, quis-se avaliar a relação entre a satisfação profissional dos enfermeiros e a vivência de comportamentos de violência física, agressão psicológica e violência vicariante no trabalho (H1). Para tal, foi utilizado o método do modelo das equações estruturais, que permite estimar modelos complexos de relação causa-efeito com variáveis latentes. Assim, relativamente à primeira hipótese (H1), e segundo os resultados obtidos verifica-se que embora o estudo mostre que a violência está presente no quotidiano dos enfermeiros, esta não é preditora da satisfação profissional, o que é traduzido por uma relação não

significativa. Apesar de a violência ocupacional ser apontada como fonte de insatisfação profissional na fundamentação teórica, perante tais evidências empíricas, a inexistência da relação inicialmente prevista pode indicar que a satisfação dos enfermeiros poderá estar dependente de outros fatores que não os estudados nesta investigação, considerando que a violência física, psicológica e vicariante não são indicadores que em conjunto possam ter influência neste constructo. Este resultado pode ter sido influenciado pela dimensão da amostra, mas também pelo facto de estes dois conceitos apresentarem entre si uma subjetividade, tanto na sua avaliação, quanto na perceção. O que significa que, a dificuldade de mensuração e comparação de resultados à volta destas duas realidades multifatoriais, poderá explicar a falta de relação entre estas duas variáveis. A não existência de relação entre estas duas variáveis pode dever-se ainda ao facto de a recorrência dos episódios de violência não serem uma constante no exercício profissional. Isto é, de acordo com os resultados obtidos, os episódios de violência não se constituirão como uma situação que diariamente o profissional enfrenta, ao contrário dos determinantes da satisfação que, sendo sistemáticos e constantes em todos os momentos do trabalho, tem um impacto mais prolongado.

Não foi possível atestar como verdadeira a H2 (a relação entre a violência ocupacional sobre os enfermeiros e a satisfação profissional desses profissionais é moderada pelas competências de liderança do enfermeiro gestor), visto que a interação entre variável independente e moderadora “competências de liderança” não é significativa. Portanto, as competências de liderança, centradas no relacionamento com os subordinados e no cumprimento de objetivos, não conseguiu alterar a força nem a direção do impacto exercido da violência ocupacional sobre a satisfação profissional. Os quatro papéis de liderança apontados neste estudo como possíveis moderadores dessa relação, não obtiveram suporte empírico nas análises efetuadas. Diante de tais resultados, pode-se observar que a cultura de inovação e a cultura objetiva podem ser fortalecidos ou enfraquecidos de acordo com as políticas de gestão de pessoas adotadas na organização. Ou seja, pelo panorama constatado na pesquisa, é possível inferir que cabe à organização apostar mais numa cultura de apoio e regras, onde a importância é atribuída aos recursos humanos e à manutenção de um ambiente de trabalho seguro e cooperante, focado no bem-estar das pessoas da organização.

Ao testar a hipótese 3, verificou-se uma influência positiva e significativa das competências de liderança do seu gestor direto sobre a satisfação profissional dos enfermeiros, sendo que quanto melhor forem percebidas as competências do enfermeiro gestor, maior tende a ser a satisfação profissional dos seus colaboradores. O que significa que relativamente à terceira hipótese (H3), a satisfação dos enfermeiros poderá ser explicada pelo desempenho das competências do seu gestor, resultantes, neste estudo, da orientação externa.

Relativamente aos oito papéis de liderança, neste estudo, evidenciam-se os papéis identificados no *modelo dos objetivos racionais* e no *modelo dos sistemas abertos*, que, segundo Mateus e Serra (2017), sugere que o gestor deve ser capaz de diagnosticar problemas e respetivas soluções, definir objetivos e delegar funções, atuando como agentes de mudança, na definição de prioridades em saúde, no sentido da promoção de um ambiente de trabalho mais humanizado, onde as ideias possam surgir da interação entre as necessidades do trabalhador e os objetivos organizacionais (Costa, et al., 2016). O facto de os resultados evidenciarem mais o papel do gestor como diretor e produtor pode ser percebido pelos elementos da equipa como uma maior preocupação deste em responder às diretrizes dos níveis hierárquicos superiores e uma menor atenção às necessidades dos colaboradores da equipa. Na mesma perspetiva, o papel de inovador preconiza que o enfermeiro gestor desenvolva atividades que desafiem as equipas, que incentivem a criatividade individual e coletiva, reforçando o espírito de grupo e uma maior produtividade e motivação. Assim, quando o líder apresenta comportamentos que demonstram preocupação com os colaboradores, que permite e estimula a participação na resolução de problemas, entre outros, os colaboradores ficam mais satisfeitos do que quando o líder apenas delega tarefas ou, no pior dos casos, quando apresenta mesmo comportamentos destrutivos, como a desvalorização de opiniões. No entanto, o desempenho destas competências, na resposta aos indicadores de insatisfação obtidos neste estudo (possibilidade de progressão, salário e benefícios e gestão organizacional), nem sempre depende diretamente das intervenções do enfermeiro gestor, uma vez que este cumpre decisões de níveis hierárquicos superiores (Feldman, et al., 2008), que, conjugadas com as expectativas da equipa, poderão ter um potencial impacto na satisfação dos enfermeiros. Tendo em conta esta análise, o desempenho das competências do gestor enquanto negociador é pouco perçecionado pelos membros da equipa, parecendo revelar pouca capacidade de influência nas decisões superiores.

Depois da análise e discussão dos resultados, apresentamos as principais conclusões do estudo, assim como as limitações com que nos confrontamos e perspetivas para investigações futuras.

Capítulo 6

6 Considerações Finais

O último capítulo desta investigação encontra-se dividido em três subsecções. Na primeira subsecção são apresentadas as conclusões gerais da investigação. De seguida, apresentam-se as implicações práticas do estudo. E, por último são referidas as limitações e são sugeridas futuras linhas de investigação.

6.1 Conclusões gerais da investigação

A violência ocupacional tornou-se num sério risco para a saúde pública em todo o mundo, particularmente em ambientes de cuidados de saúde como os hospitais. Diferente de todos os outros, o serviço de urgência envolve um maior nível de complexidade nos cuidados prestados, onde estão presentes múltiplos fatores que predispõem à violência. Tal complexidade exige dos enfermeiros um contacto muito próximo com os utentes e seus familiares, deixando-os mais expostos, ao constituírem o lado mais visível da organização de saúde, ao enfrentar a indignação, as frustrações, as reclamações e os conflitos dos utentes. No presente estudo, os dados revelaram a presença dos três tipos de violência estudados, onde predominou a ocorrência de episódios de agressão psicológica, através de ações ou ameaças. Relativamente à violência física, constataram-se também frequências que devem ser tidas em conta pelos diversos organismos nacionais e internacionais. Deste modo, a violência sobre os enfermeiros torna-se para a enfermagem numa temática de extrema importância, para qual a Ordem dos Enfermeiros e a Direção Geral de Saúde têm alertado, não só por serem os enfermeiros as principais vítimas, mas também por ser um problema que requer ação tanto a nível preventivo como a nível interventivo.

Como principais conclusões desta investigação, no que respeita à caracterização geral da satisfação profissional dos enfermeiros, pode concluir-se que os mesmos se sentem satisfeitos com a estabilidade no emprego, com os companheiros de trabalho, com a responsabilidade atribuída e a variedade das tarefas. Por outro lado, referem níveis de maior insatisfação com as possibilidades de progressão na carreira e com o salário e benefícios. De notar que no indicador referente ao reconhecimento e às condições físicas no trabalho, os enfermeiros não se encontram satisfeitos nem insatisfeitos.

Perante os resultados obtidos, pode concluir-se que não existem grandes diferenças entre os valores médios atribuídos pelos enfermeiros, relativamente aos vários papéis de liderança. A perceção dos enfermeiros designa um perfil de competências de liderança enquadrado, essencialmente, em papéis pertencentes aos quadrantes inferiores do Modelo

dos Valores Contrastantes (Quinn et al. 1990), centrados no modelo dos objetivos racionais e no modelo dos processos internos. Estes modelos evidenciam uma liderança orientada para os objetivos e para uma produtividade elevada. Os critérios de eficácia são a estabilidade/continuidade, monitorização e controlo de processos, planificação de projetos e análise de documentação.

6.2 Implicações práticas

Em relação às implicações para a gestão de recursos humanos em contexto hospitalar, este estudo permite que os enfermeiros gestores se consciencializem da necessidade de valorizar mais as competências de liderança no sentido de uma melhor satisfação profissional dos seus colaboradores, com potenciais impactos no exercício de funções da profissão. Neste sentido, é importante o envolvimento das organizações de saúde com os gestores e seus colaboradores. Por um lado proporcionando formação e treino em competências de liderança e por outro adotando medidas que estimulem os níveis de satisfação intrínseca e extrínseca dos enfermeiros, particularmente nos indicadores de maior insatisfação. Destes realça-se a possibilidade de progressão na carreira, para que o enfermeiro se sinta realizado como profissional e, à medida que vai investindo na sua formação, para benefício de todos os utentes, essa seja reconhecida pela organização como uma mais-valia para ambas as partes (quer seja em termos da qualidade de cuidados prestados quer da recompensa económica). Torna-se, por isso fundamental que a sua avaliação seja tida em conta pelas organizações, pois só poderá haver melhoria nos resultados quando esta for reconhecida a nível da direção, supervisão e gestão do próprio sistema de saúde, para que estes possam intervir.

Para além disto, os enfermeiros gestores deverão incentivar os enfermeiros a notificar os episódios de violência de que foram alvo, no sentido de serem identificadas medidas preventivas adequadas. É essencial continuar o esforço da erradicação da violência ocupacional sobre os enfermeiros prestadores de cuidados nos serviços de urgência, uma vez que a complexidade nos contextos de prestação de cuidados é cada vez maior, originando um maior número de situações precipitantes da violência. Cabe aos gestores evitar e controlar os efeitos nefastos de comportamentos agressivos no trabalho para que os enfermeiros tenham carreiras profissionais que promovam o bem-estar e a satisfação profissional, com o devido reconhecimento do seu papel social.

6.3 Limitações e Futuras linhas de investigação

Neste último ponto apresentam-se as dificuldades encontradas na elaboração da presente investigação e define-se o desenvolvimento de futuros trabalhos que sigam o enquadramento da temática em estudo.

Uma limitação do estudo centra-se no tipo de estudo, por este ser caráter transversal, ao tipo de amostragem por bola de neve e ao instrumento utilizado. Neste sentido, o reduzido número de respostas não permite uma generalização dos resultados à população de enfermeiros que exercem funções no SU. Outra dificuldade sentida foi a falta de motivação dos enfermeiros na adesão à participação no estudo, perante o contexto de uma pandemia com profissionais exaustos em termos de trabalho. Esta situação pode justificar o reduzido tamanho da amostra. Por fim, a falta de estudos na literatura específica da área que relacionem o fenómeno da violência ocupacional com a satisfação profissional, face às competências de liderança do enfermeiro gestor, afigurou-se como uma das principais dificuldades/limitações deste trabalho, não sendo possível em alguns aspetos fazer comparações com outros estudos de idêntica natureza.

Outro problema pode estar relacionado com a subjetividade do fenómeno da violência, pois, apesar de apresentado o conceito de violência ocupacional e das suas várias formas de manifestação, não deixa de ser uma questão subjetiva, e o que para um pode ser considerado um ato violento, para outro pode ser entendido como um risco inerente ao trabalho. Para além disto, deve igualmente ter-se em conta a possibilidade de respostas defensivas, que minimizem comportamentos socialmente indesejáveis. Ou seja, os resultados obtidos podem ser fruto de uma resposta condicionada pela desejabilidade social, caracterizada como um dos enviesamentos nos resultados de vários estudos, nomeadamente nos de carácter sensível como a violência (Almiro, 2017). Desse modo, seria importante que pesquisas futuras pudessem utilizar uma metodologia mais padronizada para melhor comparar os estudos, e, até mesmo avaliar a evolução desse fenómeno.

Partindo desta reflexão, sugere-se que futuramente sejam desenvolvidos estudos que integrem um maior número de enfermeiros e num horizonte temporal de acontecimentos mais alargado. Considera-se também importante que futuras investigações, na continuidade do presente estudo, possam aprofundar alguns dados deste estudo de forma qualitativa e os possam enquadrar nas características sociodemográficas da amostra, a fim de clarificar as respostas obtidas nas questões fechadas. Desta forma, será possível avaliar como os enfermeiros consideram o modo como a vivência de acontecimentos violentos no exercício de funções influencia direta ou indiretamente a sua satisfação profissional.

Igualmente interessantes e recomendados são os estudos de cariz longitudinal, no sentido de permitir analisar possíveis mudanças ao longo do tempo após a vivência de episódios violentos e as resposta dadas pela organização em termos de apoio aos profissionais.

Bibliografia

- Abualrub, F., Omari, H., & Abu Al Rub, F. (2009). The moderating effect of social support on the stress–satisfaction relationship among Jordanian hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 870-878. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19793244/>
- Alcobia (2011). Atitudes e Satisfação no Trabalho. In Ferreira, et al., (2011), *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa, Escolar Editora.
- Almeida, J. (2000). Da moral paternalista ao modelo de respeito à autonomia do paciente: os desafios para o ensino da ética médica. *Rev bras educ med*, 24(1), 27-30. <https://repositorio.ucb.br:9443/jspui/bitstream/123456789/7750/1/Da%20Moral%20Paternalista%20ao%20Modelo%20de%20Respeito%20%C3%A0%20autonomia%20do%20paciente.....pdf>
- Almiro, P. A. (2017). Uma nota sobre a deselegibilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação psicológica*, 16(3), 0-0. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed>
- Alves, T. (2016). Impacto do estilo de liderança na satisfação no trabalho dos colaboradores [Doctoral dissertation, Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna. Repositório Comum: <http://hdl.handle.net/10400.22/8706>
- Atan, U., Arabaci, B., Sirin, A., Isler, A., Donmez, S., Guler, U., Oflaz, U., Ozdemir, Y. & Tasbasi, Y. (2013). Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 882-889. <https://doi.org/10.1111/jpm.12027>
- Barbosa, R., Labronici, L., Sarquis, M., Mantovani, F. (2011). Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. *Revista da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(1), 26-32. <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/04.pdf>
- Barbosa, V. (2014). A satisfação no trabalho e a percepção da qualidade de vida nos colaboradores do instituto politécnico do porto. [*Master's thesis*, Instituto Politécnico do Porto]. Repositório Institucional da Associação de Politécnicos do Norte. https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/5830/1/DM_VitoBarbosa_2014.pdf
- Barling, J. (1996). A previsão, experiência e consequências da violência no local de trabalho. *Violência no trabalho: Identificando riscos e desenvolvendo soluções*. Associação Americana de Psicologia, 29–49. <https://doi.org/10.1037/10215-001>
- Batista, D., Santos, M., Santos, M., & Duarte, C. (2010). Satisfação dos Enfermeiros: estudo comparativo em dois Modelos de Gestão Hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(12), 57-69. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239959010.pdf>
- Baumann, A. (2007). Ambientes favoráveis à prática: Condições de trabalho = cuidados de qualidade. Genebra, Suíça: Conselho Internacional de Enfermeiros.

Bennis, W. & Nanus, B. (1985). *Leaders: The strategies for taking charge*. New York: Harper & Row.

Bernardino, M. (2017). *Gestão em Saúde- organização interna dos serviços. Olhares Sobre a Saúde*. Reimpressão 2020 da 1.^a Edição. Almedina.

Bhagwandeem, P. (2021). *Relationship Between Intrinsic Job Satisfaction, Extrinsic Job Satisfaction, and Employee Turnover Intentions*. Walden Dissertations and Doctoral Studies. <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/9848>

Brázio, L. (2016). *Satisfação no trabalho: um estudo de caso na administração do Porto de Viana do Castelo* [Master's thesis, Escola Superior de Tecnologia e Gestão]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1553>

Campden Health (2013), *Job satisfaction: A survey of job satisfaction among primary healthcare workers*. <https://www.cogora.com/wp-content/uploads/2016/11/job-satisfaction.pdf>

Carlotto, M., & Braun, A., (2014), *Atitudes no Ambiente de Trabalho: Motivação, Satisfação e Implicação Organizacional*. In Gonçalves, S., (2014), *Psicossociologia do trabalho e das organizações: princípios e práticas*. Lisboa, Factor.

Carpenter, D. e Streubert, H. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista* (5.^a Ed.). Lisboa: Lusodidata.

Castro, J., Lago, H., Fornelos, C., Novo, P., Saleiro, M., & Alves, O. (2011). *Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos*. *Revista portuguesa de saúde pública*, 29(2), 157-172. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(11\)70020-7](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(11)70020-7)

Cerchiaro, L. (2015). *Agressões de pacientes a profissionais de saúde mental: o agir em relação ao comportamento inesperado* [Master's thesis, Faculdade de Saúde Pública]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6139/tde-24072017-182307/publico/LucianodeCarvalhoCerchiaroREVISADA.pdf>

Chappell, D., & Di Martino, V. (2006). *Violência no trabalho*. Organização Internacional do Trabalho. (3rd ed.). Geneva, International Labour Office. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_publ_9221108406_en.pdf

Chiavenato, I. (2004). *Gerenciando com as pessoas- Transformando o executivo em um excelente gestor de pessoas*. (7^a Ed.). São Paulo: Elsevier Editora Ltda.

Chiavenato, I. (2010). *Gestão de pessoas*. (3^a Ed.). São Paulo: Elsevier Editora Ltda.

Chin, W. (2010), "How to write up and report PLS analyses", in Esposito Vinzi, V., Chin, W., Henseler, J., et al. (Eds), *Handbook of Partial Least Squares: Concepts, Methods and*

Applications (Springer Handbooks of Computational Statistics Series), Springer, Heidelberg, Dordrecht, London, New York, II. 655-690. DOI 10.1007/978-3-540-32827-8
Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. (2nd Ed.). New York: Psychology Press.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2015). Enfermeiros uma força para a mudança. Genebra, Suíça: Autor.

Coelho, J. (2011). Gestor hospitalar e prevenção de riscos psicossociais no trabalho. (1ª Ed.). Lisboa: Placebo, Editora LDA.

Contrera-Moreno, L. e Contrera-Moreno, M. (2004). Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília; 57(6), 746-9. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a24.pdf>

Correia, J. (2016). Violência no trabalho dos enfermeiros no serviço de urgência [Master's thesis, Escola Superior de Saúde]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1523>

Correia, M. (2017). Satisfação profissional dos enfermeiros [Doctoral dissertation, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/18161>

Costa, A. (2005). As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o quotidiano do trabalho no sector de emergência e urgência clínica em um hospital público. [Doctoral dissertation, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07052005-155111/publico/Costa_ALRC.pdf

Costa, F. (2018). Violência sobre os Enfermeiros na Urgência: Que realidade? Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica [Master's thesis, Escola Superior de enfermagem de Coimbra]. Repositório Institucional da Escola Superior de enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=73810&code=123>

Costa, P., Mónico, L., Parreira, P., Fonseca, C., & Santos, V. (2016). Similarities Between the Knowledge Creation and Conversion Model and the Competing Values Framework: An Integrative Approach, Journal of Aging & Innovation, 5(3): 34-46.

Dahlberg, L., Krug, E. (2007). Violência: um problema global de saúde pública. Ciências e Saúde Coletiva. Brasil, (11), 1163-1178. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>

Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho. (2017). Violência no Local de Trabalho: Riscos, Efeitos na Saúde e Prevenção. Consultado em: <https://www.ugt.pt/comunicados/comunicados-846?ano=2017&tipo=>.

Decreto-Lei n.º 71/2019 do Ministério da Saúde. (2019). Diário da República: Série I, nº

101. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/71/2019/05/27/p/dre/pt/html>
Decreto-lei nº 437/1991 do Ministério da Saúde. (1991). Diário da República: Série I, n.º 257/1991. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/437/1991/11/08/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 48/90 do Ministério da Saúde. (1990). Diário da República: Série I, n.º 185/90. <https://data.dre.pt/eli/lei/48/1990/08/24/p/dre/pt/html>
- Decreto-lei nº305/1981 do Ministério das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. (1981). Diário da República: Série I, n.º 261/1981. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/305/1981/11/12/p/dre/pt/html>
- Decreto-lei nº318/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: Série I, n.º 212/2009. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/318/2009/11/02/p/dre/pt/html>
- Dionisi, AM, Barling, J., & Dupré, KE (2012). Revisitando os resultados comparativos da agressão no local de trabalho e do assédio sexual. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17 (4), 398–408. <https://doi.org/10.1037/a0029883>
- Direção-Geral da Saúde (2014). Notificação On-line de Violência contra Profissionais da saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
<https://www.dgs.pt/documentos-publicacoes/notificacao-on-line-de-violencia-contra-profissionais-de-saude-relatorio-2014-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Notificação On-line de Violência contra Profissionais da saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Consultado em:<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/notificacao-on-line-de-violencia-contra-profissionais-de-saude-relatorio-2015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2020). Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida: Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde. Consultado em: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-de-acao-para-a-prevencao-da-violencia-no-setor-da-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2006). Circular Informativa: Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da Saúde dos Profissionais, N.º: 15/DSPCS. Consultado em: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/observatorio-da-violencia/circular-informativa-n-15-dspcs-de-07042006-pdf.aspx>

- Escribano, R., Beneit, J., Garcia, J. (2019). Violence in the Workplace: some critical issues looking at the health sector. 5(3). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30886929/>
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions - Eurofound. (2013). Physical and psychological violence at the workplace. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1381en.pdf
- Feldman, B., Ruthes, M., & Cunha, O. (2008). Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, 61(2), 239-242. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000200015>
- Fernandes, A. (2011). Recursos humanos em saúde: a importância de valorizar o factor humano. Diário de Bordo.
- Ferreira, C., Fernandez, F. & Anes, J. (2017). Satisfação profissional dos enfermeiros em unidades hospitalares do norte de Portugal. Revista de Enfermagem Referência, 15, 109-120. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17043>
- Ferreira, I. (2012). O modelo dos papéis de liderança na promoção do clima e commitment nas organizações de saúde: estudo de caso [Doctoral dissertation, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa]. Repositório do ISCTE-IUL: <http://hdl.handle.net/10071/6111>
- Ferreira, J., Neves, J., e Caetano, A., (2011), Manual de Psicossociologia das Organizações, Lisboa, Escolar Editora.
- Ferrinho, P., Biscaia, A., Fronteira, I. et al. (2003), Padrões de perceção da violência no trabalho no setor de saúde português. Human Resources Health, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-11>
- Figueiredo, D. (2012). A gestão de conflitos numa organização e conseqüente satisfação dos colaboradores [Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/8865>
- Finn, C., (2001). Autonomy: an important component for nurses' job Satisfaction. International Journal of Nursing Studies, (38), 349-357. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11245871/>
- Fontes, A., (2009). Satisfação Profissional dos Enfermeiros... Que Realidade? Serviço de Cuidados Intensivos versus Serviço de Medicina [Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar]. Repositório Institucional da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/20175>
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação: Da Conceção à Realização. Loures: Lusodidacta.
- Freixo, M. (2018). Metodologia Científica. Fundamentos, Métodos e Técnicas (5ªEd.).

Lisboa: Edições Piaget Gautheir, B. (2003). *Investigação Social* (3ª Edição). Loures: Lusociência.

Gefen, David; Straub, Detmar; and Boudreau, Marie-Claude (2000) "Structural Equation Modeling and Regression: Guidelines for Research Practice," *Communications of the Association for Information Systems*: 4(7). DOI: 10.17705/1CAIS.00407

George, J. & Jones, G., (2012). *Understanding and Managing Organizational Behavior*. Sixth Edition.

Ghazzawi, I., (2008). Job Satisfaction Antecedents and Consequences: A New Conceptual Framework and Research Agenda. *The Business Review*, 11(2), 1-10.

Gonçalves, S., (2014), *Cultura Organizacional*. In Gonçalves, S., (2014), *Psicossociologia do trabalho e das organizações: princípios e práticas*. Lisboa, Factor.

Graça, L. (1999). Satisfação profissional: o melhor do SNS somos nós. *Revista Mundo Médico*. N. ° Especial, 18-19.

<https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos26.html>

Graça, L. (2010). Satisfação profissional dos profissionais de saúde: Um imperativo também para a gestão [Editorial]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1),3-6.

<https://run.unl.pt/bitstream/10362/19749/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202010%20-%20v28n1a00%20-%20p.3-6.pdf>

Hair, Joe F., Sarstedt, M., Ringle, C. M., & Mena, J. a. (2012). An assessment of the use of partial least squares structural equation modeling in marketing research, *Journal of the Academy of Marketing Science*, 40(3), 414–433. <https://doi.org/10.1007/s11747-011-0261-6>

Hair J., Hult, G., Ringle, C., & Sarstedt, M. (2014). *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*. (2nd Ed.). Publicações Sage.

Hair, J., Risher, J., Sarstedt, M., & Ringle, C. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European business review*, 31(1), 2-24. <https://doi.org/10.1108/EBR-11-2018-0203>

Hassankhani, H., Parizad, N., Gacki-Smith, J., Rahmani, A., & Mohammadi, E. (2018). As consequências da violência contra enfermeiras que atuam em serviço de emergência: um estudo qualitativo. *Enfermagem de emergência internacional*, 39, 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.007>

Henseler, J., Ringle, C. & Sinkovics, R. R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. In *Advances in International Marketing|Adv. Int. Mark.* (Vol. 20, pp. 277-319). (Advances in International Marketing). Emerald Publishing Limited. [https://doi.org/10.1108/S1474-7979\(2009\)0000020014](https://doi.org/10.1108/S1474-7979(2009)0000020014)

Herzberg, F. (1974). Perfis de motivação-higiene: Identificando o que aflige a organização. *Organizational Dynamics*, 3(2), 18-29. [https://doi.org/10.1016/0090-2616\(74\)90007-2](https://doi.org/10.1016/0090-2616(74)90007-2)

Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa

prespetiva de cuidar. Loures: Lusociência.

International Council of Nurses, (2006). Tomada de Posição: Abuso e violência contra o pessoal de enfermagem. Genebra: ICN.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf

International Council of Nurses. (2017). Position Statement: Prevention and management of workplace violence. Genebra: ICN.

Junqueira, M. (2006). Liderança do Enfermeiro Chefe e Motivação dos Enfermeiros Subordinados (Doctoral dissertation, Universidade de Aveiro, Aveiro). Repositório Institucional da Universidade de Aveiro.

<https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4989/1/206580.pdf>

Lanctôt, N., Guay, S., (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Agression and Violent Behaviour* 19(5), 492-501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>

Lee, T. (2017). Relationship Between Intrinsic Job Satisfaction, Extrinsic Job Satisfaction, and Turnover Intentions Among Internal Auditors. Walden University. <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4457&context=dissertations>

Locke, EA (1969) What Is Job Satisfaction? *Comportamento Organizacional e Desempenho Humano*, 4, 309-336.

Mackenzie, B.; Podsakoff, M.; Podsakoff, P. (2011). Construct measurement and validation procedures in MIS and behavioral research: integrating new and existing techniques. *MIS Quarterly*, 35(2), 293–334, 2011. <https://doi.org/10.2307/23044045>

Malvarez, M., Castrillón, A., Consuelo, M. (2005). Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 39(12). <https://ops.org.bo/files/textocompleto/ift26346.pdf>

Marques, G. (2015). Violência no Trabalho em Contexto Hospitalar: Um Estudo Com Profissionais de Enfermagem [Master's thesis, Universidade do Minho]. Repositório institucional da Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/1822/38613>

Marquis, B., & Huston, C. (2015). Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. (8ª ed.). Artmed editora.

Martins, G. (2012). Gestão dos fatores motivacionais intervenientes na satisfação e motivação dos profissionais da equipa multidisciplinar do Centro de Saúde de Bragança [Doctoral dissertation, Escola Superior de Tecnologia e Gestão]. Repositório institucional do Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/8215>

Martins, G. (2018). Violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência [Doctoral dissertation, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5055>

Mateus, D. e Serra, S. (2017). *Gestão em saúde - Liderança e comportamento organizacional para enfermeiros gestores*. (1nd ed.). Lusodidacta.

Marôco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software & Aplicações*. ReportNumber.

Mayhew, C, Chappell, D, (2007). Workplace violence: An overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. *International Journal of Law and Psychiatry*, (30), edições 4-5, 327-339. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.06.006>

Melo, D. (2011). *A performance nos serviços de saúde influência da fiabilidade, aprendizagem organizacional e coordenação relacional* [Master's thesis, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas]. Repositório digital da Universidade da Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/3014>

Melo, R. (2014), *Liderança e Gestão-Desenvolvimento de Competências Relacionais*. Loures, Lusodidacta.

Moura, M. (2012). *Satisfação dos profissionais de enfermagem* [Doctoral dissertation, Escola Superior de Tecnologia e Gestão]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/8024>

Moura, A., Bernardes, A., Balsanelli, A., Zanetti, A., & Gabriel, C. (2017). *Liderança e satisfação no trabalho da enfermagem: revisão integrativa*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(4), 442-450. <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n4/0103-2100-ape-30-04-0442.pdf>

Múrias, C., Sales, J., & Morais, T. (2015). *Assédio sexual é violência. Direito ao trabalho com dignidade!* Lisboa: UMAR.

National Institute for Occupational Safety and Health. (2002). *Violence: Occupational hazards in hospitals*.

Neves, D. (2013). *Liderança e satisfação dos enfermeiros com a supervisão* [Área de Especialização de Gestão de Unidades de Cuidados, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Institucional da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24400&code=355>

Nogareda, C., Gracia, D., Martínez-Losa, J.; Peiró, A., Salanova, M., Martínez, I.; Merino, J., Lahera, M., & Melía, J., (2007). *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Medidas Preventivas*. Barcelona. Foment del Treball Nacional. https://www.diba.cat/documents/467843/106587019/perspectivas_intervencion_r_psicososociales.pdf/33e60b54-3cfd-4125-bba4-44a7ededd9e4

O'Neil, E. e R. Morjikian (2003). "Nursing leadership: challenges and opportunities", *Policy, politics & nursing practice*,4(3), 173-179. <https://doi.org/10.1177/1527154403254704>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011). *Relatório Primavera 2011. Da depressão da crise, para a governação*. <http://opss.pt/wphttp://opss.pt/wp->

content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdfcontent/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf

Occupational Safety and Health Administration. (2004). Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers. Washington: US Department of Labor.

Occupational Safety and Health Administration. (2015). Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers. Washington, EUA. <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osh3148.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2004), As condições de trabalho dos enfermeiros Portugueses, Lisboa: OE.

Organização Mundial Da Saúde (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: Organização Mundial da Saúde.

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdfrelatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>

Parente, C. (2004), “Para uma análise da gestão de competências profissionais”, Revista da Faculdade de Letras: Sociologia, 14(1), 299-343. <http://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2469>

Parreira, P., Felício, J., Lopes, A., Nave, F., & Parreira, P. (2006). Papéis de liderança: Um instrumento de avaliação. Revista de Investigação em Enfermagem. https://www.researchgate.net/publication/288826494_Lideranca_em_contexto_de_org_anizacoes_de_saude_Um_instrumento_de_avaliacao

Pastilha, C., (2013). As mudanças organizacionais na Saúde. In J. Margarido (Ed.), Processos de Mudança em Organizações de Saúde (pp. 35-53). Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://www.researchgate.net/publication/288826576_Processo_de_Mudanca_em_Org_anizacoes_de_Saude

Pillay, R. (2009). Satisfação no trabalho de enfermeiros profissionais na África do Sul: uma análise comparativa dos setores público e privado. Human Resources Health, 15(7). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-15>

Pantaleão, P., & Veiga, H. (2019). Bem-estar no trabalho: Revisão sistemática da literatura nacional na última década. Holos, 5, 1-24. DOI: 10.15628/holos.2019.7570

Prazeres, V., Perdigão, A., Menezes, B., Almeida, C., Machado, D., & Silva, M. (2014). Violência interpessoal: abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/accao-dehttps://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-df.aspxsaude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-

[df.aspx](#)

Quinn, R. & Rohrbaugh, J. (1983). A spatial model of effectiveness criteria: towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*, 29(3), 363-377. http://www.angelfire.com/creep/brendan/Quinn_effectiveness.pdf

Quinteiro, P., (2014). Liderança e Equipas Adaptativas. In Gonçalves, S., (2014). *Psicossociologia do trabalho e das organizações: princípios e práticas*. Lisboa, Factor. Rego, A., Cunha, M. (2016). *Que Líder Sou Eu? - Manual de apoio ao desenvolvimento de competências de liderança*. (1nd ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Renker, P., Scribner, A., & Huff, P. (2015). Staff perspectives of violence in the emergency department: Appeals for consequences, collaboration, and consistency. *Work* 51(1), 5-18. DOI: 10.3233 / WOR-141893

Rezende, H. e Duarte, a., (2017). A liderança de enfermagem nas organizações de saúde, *Liderança e Seus Efeitos* (pp. 27-48). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). [file:///C:/Users/ADM%20Estrela/Downloads/livro3%20Pedro%20Parreita%20web%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/ADM%20Estrela/Downloads/livro3%20Pedro%20Parreita%20web%20(5).pdf)

Ribeiro, C. (2014). *Satisfação no trabalho dos enfermeiros de um agrupamento de centros de saúde* [Doctoral dissertation, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/9541>

Ribeiro, M., Fernandes, A., Correia, T. (2012). Práticas de liderança adotadas por enfermeiros portugueses estudantes das pós-graduações em enfermagem comunitária e de reabilitação. *Biblioteca Digital do IPB*. <http://hdl.handle.net/10198/6759>

Rickard, G., Lenthall, S., Dollard, M., Opie, T., Knight, S., Dunn, S., et al. (2012). Organisational intervention to reduce occupational stress and turnover in hospital nurses in the Northern Territory, Australia. *Collegian*, 19(4), 211-221.

<https://www.publish.csiro.au/py/PY17069>

Ringle, M.; Silva, D.; Bido, S. (2014). Modelagem de equações estruturais com utilização do SmartPLS. *Revista Brasileira de Marketing*, 13(2), 56-73. DOI: 10.5585/remark.v13i2.2717

Robbins, S., e Judge, T. (2005). *Organizational behavior*. Edição: 11. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 536. ISBN: 978-85-7605-002-5.

Rogers, K. & Kelloway, E. (1997). Violence at work: personal and organizational outcomes. *Journal of occupational health psychology*, 2(1), 63. Doi: 10.1037//1076-8998.2.1.63

Santos, S. (2016). *A Satisfação profissional dos enfermeiros de reabilitação* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1460/1/Sofia_Santos.pdf

Schat, A., & Kelloway, E.K. (2005). Workplace Aggression. In J. Barling, E.K. Kelloway, & M. Frone (Eds.), *Handbook of Work Stress* (pp. 189-218).

- Schat, A., Desmarais, S., & Kelloway, E. (2006). Exposure to workplace aggression from multiple sources: Validation of a measure and test of a model. Unpublished manuscript, McMaster University, Hamilton, Canada, 331-351.
- Silva, A., Silva, T., Wall, L., Lacerda, R. & Maftum, A. (2015). Unidade de terapia intensiva: Violência no cotidiano da prática da enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, 14(1), 885-892. [10.4025/ciencucuidsaude.v14i1.21914](https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i1.21914)
- Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2000). *Risco, Penosidade e Insalubridade - uma realidade na profissão de enfermagem*. Lisboa.
- Sousa, T. (2012). *Competências de Liderança nas Chefias de Enfermagem* [Doctoral Dissertation, Faculdade de Economia da Universidade do Porto]. Repositório Institucional da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/73544/2/24941.pdf>
- Souza, E., Valadares, F., Ribeiro, A., Silva, J., et al. (2013). Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde. In *Violência: orientações para profissionais da Atenção Básica de Saúde*, 36-36. http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_469588428.pdf
- Teixeira, S., (2013), *Gestão das Organizações*, Lisboa, Escolar Editora.
- Tj, HW, Tecualu, M., & Wijaya, S. (2021). O efeito da remuneração e do apoio do supervisor mediado pela satisfação no trabalho na retenção de funcionários (estudo de caso na PT Pradu). *Primanomics: Jurnal Ekonomi & Bisnis*, 19(1), 147-157. <https://doi.org/10.31253/pe.v19i1.513>
- Tsukamoto, S., Galdino, Q., Robazzi, C., Ribeiro, P., Soares, H., Haddad, L., & Martins, T. (2019). Violência ocupacional na equipe de enfermagem: prevalência e fatores associados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(4), 425-432. <https://www.scielo.br/pdf/ape/v32n4/1982-0194-ape-32-04-0425.pdf>
- Valente, O., Duarte, C., & Amaral, P. (2013). *Satisfação profissional dos enfermeiros de um hospital da Região Centro* [Doctoral dissertation, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/2059>
- Wen-Lung Shiau, Marko Sarstedt, Joseph F. Hair, (2019) "Internet research using partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)", *Internet Research*, 29 (3), 398-406. <https://doi.org/10.1108/IntR-10-2018-0447>
- World Health Organization (2018). *Violence and Injury Prevention: Violence prevention*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en
- Zeytinoglu, U., Denton, M., Davies, S., Baumann, A., Blythe, J., & Boos, L. (2007). Deteriorated external work environment, heavy workload and nurses' job satisfaction and turnover intention. *Canadian Public Policy*, 33(1), 31-54. [10.3138 / 0560-6GV2-G326-](https://doi.org/10.3138/0560-6GV2-G326-)

76PT

APÊNDICES

Apêndice A

Tabela 1.23- Lista dos constructos

Constructo	Indicador	Tipo	Sigla
Durante os últimos 12 meses, enquanto estava no seu local de trabalho,...			
Violência Física (VF)	...alguém do público lhe bateu, o(a) pontapeou, agarrou ou empurrou?	R	VOF1
	...alguém do público lhe cuspiu ou mordeu?	R	VOF2
	...alguém do público lhe atirou com algum objeto?	R	VOF3
	...foi ameaçado(a) por membros do público com algum dos exemplos de violência física supracitados?	R	VOF4
	...foi ameaçado (a), por membros do público, com alguma arma?	R	VOF5
	...os seus bens pessoais ou do seu local de trabalho foram danificados, por membros do público?	R	VOF6
	...alguém do público ameaçou danificar os seus bens pessoais ou do seu local de trabalho?	R	VOF7
	...alguém do público lhe fechou a porta na cara?	R	VOF8
Agressão Psicológica (AP)	...foi tratado(a), por membros do público, de uma forma rude?	R	VOP
	...foi sujeito(a) a comentários grosseiros, por membros do público?	R	VOP
	...foi insultado(a) verbalmente, por membros do público?	R	VOP
	...foi tratado(a), por membros do público, com desrespeito?	R	VOP
	...foi alvo da ira de alguém do público?	R	VOP
	...foi alvo de comentários mal-educados, por membros do público?	R	VOP
	...alguém do público o interrompeu (cortar a palavra/impedir de realizar a atividade) enquanto estava a falar/trabalhar?	R	VOP
	...alguém do público, julgou ou criticou injustamente o seu trabalho?	R	VOP
	...as suas decisões foram questionadas, por membros do público?	R	VOP
...foi sujeito(a) a comentários grosseiros, por membros do público?	R	VOP	
Violência Vicariante (VV)	...viu algum dos seus colegas de trabalho e/ou superior experienciar acontecimentos violentos (violência física/agressão) no trabalho, por membros do público?	R	VOV
	...ouviu falar de algum dos seus colegas de trabalho e/ou superior ter experienciado acontecimentos violentos (violência física/agressão) no trabalho, por membros do público?	R	VOV
	...viu algum colega de trabalho e/ou superior ser ameaçado, com violência física no trabalho, por membros do público?	R	VOV
	...ouviu falar de algum colega de trabalho e/ou superior ser ameaçado, com violência física no trabalho, por membros do público?	R	VOV

Violência Ocupacional, Satisfação Profissional e Competências de Liderança

Indique em que medida se sente satisfeito/a ou insatisfeito/a com...			
Satisfação profissional dos enfermeiros (SPE)	... as condições físicas de trabalho	R	SPEE1
	... os seus companheiros de trabalho	R	SPEE2
	... o superior imediato (chefia direto)	R	SPEE3
	... o seu salário e benefícios	R	SPEE4
	... o relacionamento entre a direção da empresa e os trabalhadores	R	SPEE5
	... o modo como globalmente a empresa é gerida	R	SPEE6
	... o seu horário de trabalho	R	SPEE7
	... a estabilidade do seu emprego	R	SPEE8
	... a autonomia para escolher os métodos ou o modo de executar as suas tarefas	R	SPEI9
	... o reconhecimento que obtém pelo trabalho bem realizado	R	SPEI10
	... a responsabilidade que lhe é atribuída nas suas tarefas	R	SPEI11
	... a possibilidade de aplicar as suas capacidades e aptidões	R	SPEI12
	... as suas possibilidades de progressão na carreira	R	SPEI13
	... a atenção que é dada às suas sugestões	R	SPEI14
	... a variedade de tarefas que realiza	R	SPEI15
Competências de Liderança Facilitador (CLF)	Facilita a construção de consensos no trabalho da unidade	R	CLF1
	Encoraja a tomada de decisão participativa	R	CLF2
	Encoraja os subordinados a partilhar ideias em grupo	R	CLF3
	Cria uma equipa de trabalho com grupos	R	CLF4
Competências de Liderança Mentor (CLMe)	Ouve os problemas pessoais dos subordinados	R	CLMe1
	Demonstra empatia e preocupação na relação com os subordinados	R	CLMe2
	Trata as pessoas de modo delicado e cuidado	R	CLMe3
	Preocupa-se com as necessidades dos subordinados	R	CLMe4
Competências de Liderança Coordenador (CLC)	Promove a continuidade das operações diárias da unidade	R	CLC1
	Mínimiza ruturas no fluxo de trabalho	R	CLC2
	Mantém as rédeas do que se passa na unidade	R	CLC3
	Traz à unidade uma sensação de ordem	R	CLC4
Competências de Liderança Monitor (CLMo)	Revê cuidadosa e detalhadamente toda a informação disponível	R	CLMo1
	Compara registos e relatórios na procura de discrepâncias	R	CLMo2
	Trabalha com informação técnica	R	CLMo3
	Analisa planos e projetos	R	CLMo4
Competências de Liderança Inovador (CLI)	Propõe ideias criativas	R	CLI1
	Utiliza/experimenta conceitos e procedimentos novos	R	CLI2
	Resolve problemas com criatividade	R	CLI3
	Procura inovações e melhorias potenciais	R	CLI4
Competências de Liderança Broker (CLB)	Exerce influências nos níveis mais altos da organização	R	CLB1
	Influência decisões tomadas em níveis superiores	R	CLB2
	Tem acesso a pessoas de níveis mais elevados dentro da organização	R	CLB3
	Apresenta aos superiores hierárquicos ideias convincentes	R	CLB4

Violência Ocupacional, Satisfação Profissional e Competências de Liderança

Competências de Liderança Produtor (CLP)	Mantém na unidade uma orientação para os resultados	R	CLP1
	Verifica se são cumpridos os objetivos estabelecidos	R	CLP2
	Impulsiona a unidade para o cumprimento dos seus objetivos	R	CLP3
	Realça a obtenção das propostas previstas	R	CLP4
Competências de Liderança Diretor (CLD)	Define áreas de responsabilidade para os subordinados	R	CLD1
	Assegura que todos saibam os objetivos da unidade	R	CLD2
	Clarifica objetivos da unidade de trabalho	R	CLD3
	Clarifica prioridades e direções	R	CLD4

Anexo I- Instrumento de recolha de dados

Competências de Liderança, Violência Ocupacional e Satisfação no Trabalho

O presente questionário insere-se num estudo cujo tema pretende analisar, na perceção dos/as enfermeiros/as, a relação entre a natureza e frequência do fenómeno da violência, as competências de liderança do seu gestor direto e o nível da satisfação no local de trabalho. Antes de decidir se quer ou não participar neste estudo, é importante que compreenda como será desenvolvida esta investigação, assim como os procedimentos que envolve.

Este trabalho desenvolve-se sob a orientação da Professora Doutora Helena Alves e coorientação da Professora Doutora Marta Alves, sem qualquer tipo de apoio financeiro. A utilização dos dados fornecidos pelos participantes serão exclusivamente utilizados para fins de investigação, sem quaisquer benefícios diretos ou indiretos, reais ou potenciais presumíveis para além dos científicos/académicos

Participação: A sua participação neste estudo é voluntária e tem o direito de recusar ou desistir de colaborar, caso assim o entenda. Só deverá preencher se trabalhar no serviço de urgência há mais de 1 ano.

Assegura-se o cumprimento de todos os requisitos éticos inerentes à investigação, designadamente:

- a) Garante-se a total confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes;
- b) A utilização dos dados fornecidos pelos participantes serão estritamente utilizados para fins de investigação;
- c) Serão prestados todos e quaisquer esclarecimentos acerca da investigação em qualquer momento do processo de investigação.

Obrigada pelo tempo que despendeu a ler esta informação e a ponderar a sua participação neste estudo!

Contacto: jorge.joana10@gmail.com

Declaração de Consentimento Informado (Participante)

1. Declaro que tomei conhecimento e fui devidamente esclarecido/a quanto aos objetivos e procedimentos da investigação a realizar. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária, forneço, confiando nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são asseguradas pela equipa de investigação, bem como na informação de que não serão tratados de forma individual e de que apenas serão utilizados para fins de investigação.

- Aceito participar no estudo
- Permito o tratamento e guarda dos dados pessoais

2. Sexo: *

Masculino

Feminino

3. Idade *

4. Habilitações acadêmicas (assinale o grau acadêmico mais elevado que concluiu) *

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutorado

5. Formação Complementar

Curso de Pós-licenciatura de especialização em enfermagem

Curso de Pós-graduação

Outra Licenciatura

6. No âmbito da sua atividade como enfermeiro, indique:

6.1 Tempo de exercício profissional (anos) *

6.2 Tempo de exercício profissional no atual serviço (anos): *

Violência Ocupacional, Satisfação Profissional e Competências de Liderança

7. A instituição onde presta cuidados pertence à Administração Regional de Saúde/do: *

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Ilhas

8. Departamento/ nível de serviço onde trabalha: *

- Serviço de Urgência Geral
- Unidade de Urgência Pediátrica

QCL
(Quinn, 1988)

Adaptado para a população portuguesa por Parreira et al.,2006)

Este questionário é constituído por uma escala, utilizada para medir a perceção dos enfermeiros face às suas competências de liderança do seu chefe.

Escala de Avaliação:

1. Quase nunca
2. Muito raramente
3. Raramente
4. Ocasionalmente
5. Frequentemente
6. Muito frequentemente
7. Quase sempre

	1	2	3	4	5	6	7
1. Propõem ideias criativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Promove a continuidade das operações diárias da unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Exerce influências nos níveis mais altos da organização/instituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Revê cuidadosamente e detalhadamente toda a informação disponível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Mantém na unidade uma orientação para os resultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Facilita a construção de consensos no trabalho da unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Define áreas de responsabilidade para os subordinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Violência Ocupacional, Satisfação Profissional e Competências de Liderança

8. Ouve os problemas pessoais dos subordinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Minimiza ruturas no fluxo de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Utiliza/experimenta conceitos e procedimentos novos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Encoraja a tomada de decisão participativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Assegura que todos saibam os objetivos da unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Influência decisões tomadas em níveis superiores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Compara registos e relatórios na procura de discrepâncias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Verifica se são cumpridos os objetivos estabelecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Demonstra empatia e preocupação na relação com os subordinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Trabalha com informação técnica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Tem acesso a pessoas de níveis mais elevados dentro da organização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Clarifica objetivos da unidade de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Trata as pessoas de modo delicado e cuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Mantém as rédeas do que se passa na unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Resolve problemas com criatividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Impulsiona a unidade para o cumprimento dos seus objetivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Encoraja os subordinados a partilhar ideias em grupo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Procura inovações e melhorias potenciais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Clarifica prioridades e direções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Apresenta aos superiores hierárquicos ideias convincentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Traz à unidade uma sensação de ordem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Preocupa-se com as necessidades dos subordinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Realça a obtenção das propostas previstas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Criar uma equipa de trabalho com grupos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Analisa planos e projetos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Violência Ocupacional, Satisfação Profissional e Competências de Liderança

VAT

(Rogers & Kelloway, 1997)

Adaptado para a população portuguesa por Pacheco (2016)]

Para cada item, indique quantas vezes experienciou nos últimos 12 meses, cada um dos seguintes acontecimentos violentos/agressivos no seu local de trabalho por parte de alguém do público (utentes e/ou familiares).

Durante os últimos 12 meses, enquanto estava no seu local de trabalho,...	Nunca	1 vez	2-3 vezes	4 + vezes
1. ... alguém do público lhe bateu, o(a) pontapeou, agarrou ou empurrou?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ... alguém do público lhe cuspiu ou mordeu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ...alguém do público lhe atirou com algum objeto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ...foi ameaçado(a) por membros do público com algum dos exemplos de violência física supracitados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ... foi ameaçado (a), por membros do público, com alguma arma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ...os seus bens pessoais ou do seu local de trabalho foram danificados, por membros do público?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ...alguém do público ameaçou danificar os seus bens pessoais ou do seu local de trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ...alguém do público lhe fechou a porta na cara?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ...foi tratado(a), por membros do público, de uma forma rude?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ...foi sujeito(a) a comentários grosseiros, por parte de membros do público?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ...foi insultado(a) verbalmente, por membros do público?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ...foi tratado(a), por membros do público, com desrespeito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ...foi alvo da ira de alguém do público?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ...foi alvo de comentários mal educados, por membros do público?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ...alguém do público o interrompeu (cortar a palavra/impedir de realizar a atividade) enquanto estava a falar/trabalhar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ... alguém do público julgou ou criticou injustamente o seu trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ...as suas decisões foram questionadas, por membros do público?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ...viu algum dos seus colegas de trabalho e/ou superior experienciar acontecimentos violentos (violência física/agressão) no trabalho, realizados por membros do público?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ...ouviu falar de algum dos seus colegas de trabalho e/ou superior ter experienciado acontecimentos violentos (violência física/agressão) no trabalho, por membros do público?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ...viu algum colega de trabalho e/ou superior ser ameaçado, com violência física no trabalho, por membros do público?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ...ouviu falar de algum colega de trabalho e/ou superior ter sido ameaçado, com violência física no trabalho, por membros do público?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ...algum dos seus amigos e/ou familiares experienciou ou foi ameaçado, por membros do público, com violência física enquanto estava no trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Violência Ocupacional, Satisfação Profissional e Competências de Liderança

EGS

(Warr, Cook & Wall, 1979)

Validada para a população portuguesa por Viterbo (2012)

Normalmente, no nosso trabalho existem aspectos que nos dão mais satisfação do que outros. Relativamente ao grau com que se sente satisfeito, apresentam-se vários aspectos, seguidos por diferentes opções de resposta das quais deverá escolher apenas uma, assinalando com um X aquela que mais se aproxima da sua opinião.

Escala de Avaliação:

1. Muito insatisfeito(a)
2. Insatisfeito(a)
3. Moderadamente insatisfeito(a)
4. Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a)
5. Moderadamente Satisfeito(a)
6. Satisfeito(a)
7. Muito Satisfeito(a)

Indique em que medida se sente satisfeito/a ou insatisfeito/a com:	1	2	3	4	5	6	7
1. as condições físicas de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. a autonomia para escolher os métodos ou o modo de executar as suas tarefas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Com os seus companheiros de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Com o reconhecimento que obtém pelo trabalho bem realizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Com o meu superior imediato (chefia direto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Com a responsabilidade que lhe é atribuído nas suas tarefas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Com o seu salário e benefícios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Com a possibilidade de aplicar as suas capacidades e aptidões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Com o relacionamento entre a direção da empresa e os trabalhadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Com as suas possibilidades de progressão na carreira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Com o modo como globalmente a empresa é gerida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Com a atenção que é dada às suas sugestões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Com o seu horário de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Com a variedade de tarefas que realiza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Com a estabilidade do seu emprego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo II - Parecer da Comissão de Ética



Comissão de Ética
Universidade da Beira Interior

comissaodeetica@u
bi.pt Convento de
Santo António6201-
001 Covilhã |
Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2020-090:ID2240

Na sua reunião de 17 de novembro de 2020 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "**Competências de Liderança, Violência Ocupacional e Satisfação no Trabalho**", da proponente **Joana Filipa Jorge**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2020-090.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: ANA LEONOR SERRA MORAIS DOS
SANTOS
Num. de Identificação: BI112741975
Data: 2020.11.24 15:22:50+00'00'



(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos
Santos)(Professora Auxiliar)