



Maria de Lurdes Mamede Soares

# Comportamento Organizacional numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

## Estudo de caso

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

julho de 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Maria de Lurdes Mamede Soares

# Comportamento Organizacional numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Estudo de caso

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,  
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra  
para obtenção do grau de Mestre

Orientadora:  
Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira

Coimbra, julho de 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Imagem da capa:

Autora do trabalho

“Ninguém escapa ao sonho de voar,  
de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu,  
de ver novos lugares e novas gentes.  
Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa,  
aquele algo que a define como especial,  
um objeto singular, um amigo.  
Navegar é preciso,  
mas reconhecer o valor das coisas e das pessoas,  
é mais preciso ainda”.

Antoine de Saint-Exupéry

Aos meus pais, Maria e Adelino,  
aos meus filhos, Inês e Miguel.

Ao Manuel.

## **AGRADECIMENTOS**

Na elaboração deste trabalho, várias pessoas contribuíram para o seu desenvolvimento, sem as quais a sua concretização não teria sido possível. A todos, quero expressar a minha profunda gratidão.

À Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira, agradeço a sua orientação, pelo seu profissionalismo e apoio, acompanhando e dando o estímulo necessário para que esta etapa fosse percorrida e alcançada;

À mesa de peritos, pela validação do questionário e pela forma célere e entrosada que pautou o seu trabalho;

À equipa dos profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, por se ter disponibilizado para responder aos questionários, sem os quais este trabalho não teria sido exequível;

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar, por acreditar neste estudo;

À Diretora e ao Enfermeiro Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, pelo grande contributo para a realização deste trabalho, com o seu apoio e sugestões;

Ao Professor Doutor João Duarte, por toda a disponibilidade oferecida no tratamento estatístico;

Aos amigos, pelo incentivo constante, pelas palavras de apoio que se traduziram em força para prosseguir.

À Helena e à Filomena, por terem acreditado em mim.

A todos, o meu muito obrigada!

## RESUMO

O comportamento organizacional implica a aceitação de metas e valores de uma organização, estando associado à vontade de desempenhar um esforço por essa mesma organização e ao forte desejo de permanecer na mesma.

O presente estudo tem como objetivo geral estudar o comportamento organizacional dos profissionais de saúde a exercer funções numa organização de saúde, mais concretamente numa unidade de cuidados intensivos polivalente. Trata-se de um estudo quantitativo, com corte transversal e exploratório-descritivo, realizado com recurso a um instrumento de colheita de dados autoaplicado, preenchido por 39 profissionais de saúde a exercerem funções numa da unidade de cuidados intensivos polivalente. O instrumento de recolha de dados incluiu questões relativas a dados sociodemográficos e profissionais, a Escala de Inteligência Emocional validada para a população portuguesa por Rego e Fernandes (2005), a Escala de percepção das expetativas dos profissionais de saúde *versus* percepção da realidade atual, que teve como base o questionário de Luís Graça (1999) e a Escala de opinião da percepção da realidade atual da Unidade.

Amostra maioritariamente feminina (73%), com uma idade média de 43,54 anos (dp=8,33 anos). No que se refere à forma como os profissionais gerem as suas emoções, sobressaiu o *Auto encorajamento* (78,91%;  $\pm 11,831$ ). Quanto à sua opinião, expetativas *versus* a realidade atual na Unidade, o valor médio mais elevado recaiu na opção de resposta até que ponto deveria existir ( =91.50,  $\pm 6.733$ ), sugerindo que estes consideram que a realidade não corresponde às suas expetativas. Quanto à opinião dos participantes sobre o que consideram mais relevante para melhorar as condições de trabalho, o relacionamento ou outra vertente, sobressaíram a clara definição de competências e responsabilidades (n=30), a existência de um canal de comunicação (n=28), e a existência de formação obrigatória sobre comportamentos corretos na Unidade (n=11). A grande maioria dos profissionais de saúde apontaram para uma probabilidade de estarem muitíssimo bem a trabalhar na Unidade (33,3%).

**PALAVRAS-CHAVE:** Comportamento Organizacional; Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente; Profissionais de Saúde.

## **ABSTRACT**

The organizational behavior implies the acceptance of goals and values of an organization, being associated with willingness to play an effort by the same organization and the strong desire to stay in it.

This study has the general objective to study organizational behavior of health professionals to perform duties in a health organization, specifically a unit polyvalent intensive care. This is a quantitative study with cross-cutting descriptive and exploratory, conducted using a self-administered data collection instrument, completed by 39 health professionals to perform duties of a polyvalent intensive care unit. The data collection instrument included questions on sociodemographic and professional data, Emotional Intelligence Scale validated for the Portuguese population by Rego and Fernandes (2005), the perception range of expectations of health professionals versus perception of the current reality, which It was based on the questionnaire Luís Graça (1999) and the scale of view of perception of the current reality of Oneness.

Sample predominantly female (73%) with an average age of 43.54 years (SD = 8.33 years). With regard to how professionals manage their emotions, he excelled Auto encouragement (78.91%;  $\pm 11.831$ ). As for your opinion, expectations versus the current reality in the unit, the highest average value fell in response option to what extent there should be ( =91.50,  $\pm 6.733$ ), suggesting that they consider that the reality does not correspond to their expectations. As for the opinion of the participants on what they consider most relevant to improving working conditions, relationships or other aspects, highlights the clear definition of powers and responsibilities (n = 30), the existence of a communication channel (n=28) and the existence of mandatory training on behavior in the correct unit (n=11). The vast majority of health professionals pointed to a likely to be very well working on the unit (33.3%).

**KEYWORDS:** Organizational Behavior; Unit Polyvalent Intensive Care; Health professionals.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APACHE - *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*

cf. - Conforme

DP – Desvio padrão

EN – Entidade Nacional

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESCID - Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

et al. – e outros [autores]

IE – Inteligência emocional

IEACC - Autocontrolo perante as críticas

IEACE - Autocontrolo emocional

IEAE - Auto encorajamento

IECEO - Compreensão das emoções dos outros

IECEP - Compreensão das emoções próprias

IEE - Empatia

ISO - *International Organization for Standardization*

m<sup>2</sup> – Metro quadrado

n – número [frequência]

NP – Norma portuguesa

p. – Página

POIMQIP - *International Quality Indicator Project*

RASS - *Richmond agitation sedation scale*

SAPS - *Simplified Acute Physiology Score*

SINAS - Sistema de Avaliação em Saúde

SOFA - *Organ Failure Sequential Assessment*

UCIP – Unidade de cuidados intensivos polivalente

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Variáveis do Clima Organizacional.....	18
---	----

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Evolução assistencial da UCIP (1998/2014).....	31
Quadro 2 - Quadro valores médios de TISS da unidade a apresentar .....	34

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Consistência interna dos itens da Escala de Inteligência Emocional .....	44
Tabela 2 – Consistência interna dos itens por fatores .....	46
Tabela 3 – Valores de alfa de Cronbach para as subescalas da Escala de Inteligência Emocional.....	47
Tabela 4 - Consistência interna dos itens da Escala das percepções das expectativas dos profissionais de saúde e percepção da realidade atual – A) Até que ponto deveria existir?.....	49
Tabela 5 - Consistência interna dos itens da Escala das percepções das expectativas dos profissionais de saúde e percepção da realidade atual – B) Até que ponto existe? .....	51
Tabela 6 - Consistência interna dos itens da Escala relativa à percepção da realidade da Unidade de acordo com a função que desempenha.....	53
Tabela 7 – Distribuição da amostra em função da zona de residência .....	58
Tabela 8 – Distribuição da amostra em função do grupo profissional.....	58
Tabela 9 – Distribuição da amostra em função do vínculo de contratação .....	58
Tabela 10 – Estatísticas relativas ao tempo de serviço na Unidade.....	59
Tabela 11 – Distribuição da amostra em função de trabalhar noutras instituições, como segundo emprego .....	59
Tabela 12 – Distribuição da amostra em função do horário de trabalho .....	59
Tabela 13 – Distribuição da amostra em função do tipo de trabalho .....	60

Tabela 14 – Estatísticas relativas à Inteligência Emocional .....	61
Tabela 15 – Teste t de Student para os indicadores de percepções das expectativas dos profissionais de saúde e percepção da realidade atual: A) Até que ponto deveria existir? B) Até que ponto existe? .....	62
Tabela 16 - Indicadores da percepção da realidade da Unidade de acordo com a função que desempenha .....	66
Tabela 17 - Aspectos considerados relevantes para melhorar as condições de trabalho, o relacionamento ou outra vertente .....	67
Tabela 18 - Forma como se sentem os profissionais de saúde atualmente ao trabalharem na Unidade.....	68

## ÍNDICE

Introdução.....	10
PARTE I – Enquadramento teórico-concetual .....	12
Capítulo 1 - O Comportamento Organizacional .....	13
1. O fenómeno do comportamento organizacional das instituições de saúde.....	13
1.1. Clima organizacional .....	16
1.2. Cultura organizacional .....	19
Capítulo 2 – A Inteligência Emocional .....	22
2. Definição do conceito .....	22
Capítulo 3 – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente .....	29
1. Descrição da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e suas valências .....	29
PARTE II – Estudo Empírico .....	36
Capítulo 1 - Metodologia da Investigação .....	37
1. Modelo conceitual do estudo .....	37
1.1. Tipo de estudo e desenho de investigação.....	38
2. Participantes e método de recolha de dados .....	40
2.1. Instrumento de colheita de dados .....	41
3. Procedimento estatístico .....	55
Capítulo 2 - Apresentação e análise dos resultados.....	57
1. Caracterização da amostra .....	57
2. Inteligência Emocional .....	60
3. Expetativas dos profissionais de saúde e perceção da realidade atual.....	61
4. Perceção da realidade da Unidade de acordo com a função que desempenha .....	64
5. Aspetos considerados relevantes para melhorar as condições de trabalho, o relacionamento ou outra vertente .....	67
6. Forma como se sentem os profissionais de saúde atualmente ao trabalharem na Unidade.....	68
Capítulo 3 - Discussão dos resultados .....	69
1. Discussão dos resultados .....	69

Conclusões, limitações do estudo e sugestões.....	77
Referências Bibliográficas .....	80
Anexos.....	85

## Introdução

---

As organizações de saúde estão atualmente dependentes de um vasto conjunto articulado de comportamentos manifestados pelos seus profissionais e relacionados com as habilidades, competências e com a própria produtividade. Todavia, existe um outro conjunto de comportamentos no trabalho que, menos dependentes do papel formal, podem interferir na dinâmica e na eficácia das organizações (Jesuino, 2009). O mesmo autor refere que o comportamento organizacional engloba um conjunto de comportamentos no trabalho, concernentes aos tributos que os colaboradores de uma organização possam manifestar ou inibir. Acrescenta ainda que o comportamento organizacional, que vai além do papel formal desempenhado por cada profissional, não contratualmente definido, não está sujeito apenas a mecanismos de recompensa.

A literatura acerca do comportamento organizacional expõe que o empenhamento organizacional tem sido usado para referenciar a ligação de um indivíduo com a organização em que trabalha, o que implica a aceitação de metas e valores da mesma, estando associado à vontade de desempenhar um esforço pela organização e relacionado com o forte desejo de permanecer na mesma (Ferreira, 2005). Ainda em consonância com o autor citado, o comportamento organizacional pode ser concetualizado como uma atitude, um empenhamento, perspetivando-se um comportamento que implica a gestão de emoções por parte dos profissionais.

Na perspetiva de Ferreira (2005), os profissionais de saúde possuem um comportamento organizacional dependente, entre outros aspetos, da satisfação no trabalho, o que tem implícitos o clima e a cultura organizacional. Neste sentido, o autor citado refere que a satisfação em relação ao trabalho tem sido apontada como variável preditora do comportamento organizacional dos profissionais de saúde.

Trabalhar numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) significa trabalhar com doentes em estado crítico, os quais são admitidos na Unidade por apresentarem uma situação clínica instável com potencial compromisso da função de um ou mais órgãos ou sistemas vitais, bem como aqueles que revelam um elevado risco de

desenvolvimento de complicações graves, necessitando de vigilância intensiva. Ainda que a Unidade esteja dotada de tecnologia variada que auxilia os processos de trabalho, o foco da prática profissional são os doentes, os quais requerem cuidados de saúde de qualidade e excelência, o que acaba por ser influenciado pelo próprio comportamento organizacional.

Perante a problemática apresentada, na nossa perspetiva, torna-se fundamental estudar o comportamento organizacional dos profissionais de saúde a exercer funções numa organização particular, mais concretamente na unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP). Mais especificamente, objetiva-se: i) conhecer a forma como os profissionais de saúde gerem as suas emoções; ii) identificar a opinião dos profissionais de saúde sobre a realidade numa unidade de cuidados intensivos polivalente e as suas expectativas; iii) identificar a opinião dos profissionais de saúde sobre os aspetos mais importantes para melhorar as condições de trabalho, na unidade de cuidados intensivos polivalente.

A motivação da elaboração deste estudo é de carácter pessoal e profissional, dado que a investigadora principal integra a UCIP, *locus* do estudo, perspetivando que os resultados do estudo venham a revelar-se uma importante ferramenta para otimizar o comportamento organizacional.

O presente trabalho está estruturado em duas partes, sendo a primeira reservada à fundamentação teórica e a segunda, ao estudo empírico. Na fundamentação teórica são elaborados três capítulos. O primeiro aborda a dinâmica, o conceito de Comportamento Organizacional, dando destaque ao clima e à cultura organizacional. O segundo centra-se na Inteligência Emocional, de modo a poder abordar-se a Inteligência Emocional nas organizações de saúde. O terceiro capítulo faz a descrição da UCIP, tendo em conta as suas valências. Quanto à segunda parte, o estudo empírico, procede-se inicialmente, no primeiro capítulo, à descrição dos procedimentos metodológicos utilizados, para no segundo se fazer a apresentação e análise dos dados. Por fim, são abordadas, em capítulos separados, a discussão dos resultados e as conclusões, contendo estas as limitações ao estudo e algumas recomendações que se consideram pertinentes.

## **PARTE I - Enquadramento teórico-concetual**

---

## Capítulo 1 - O Comportamento Organizacional

---

### 1. O fenómeno do comportamento organizacional das instituições de saúde

No mundo atual, o fenómeno organizacional e o carácter cada vez mais elaborado e diversificado das organizações, tem vindo a assumir uma importância crescente nas sociedades industrializadas, marcadas pela sua constante mutação e complexidade, e crescente globalização. Tal facto não será alheio à assunção de uma maior diversidade de responsabilidades a cargo das organizações, em que o homem se insere, na resolução de uma maior variedade de problemas, individuais e coletivos e na vida em sociedade. Com efeito, nas atuais sociedades modernas tem-se assistido a um cada vez maior conjunto de problemas ou atividades a saírem da esfera privada para serem assumidos coletivamente, através das organizações. É no seio das organizações que as pessoas nascem, crescem, se divertem, são educadas e trabalham, e é a elas que recorrem para satisfazer as necessidades, individuais e coletivas, indispensáveis à vida em sociedade.

As organizações, segundo Frederico (2006, p. 1), “são, em si mesmas, um fenómeno cultural que varia de acordo com o estágio de desenvolvimento da sociedade”. Segundo a mesma autora, vivemos numa sociedade de organizações. “Nasce-se, é-se educado, vive-se, trabalha-se em organizações”. As organizações possibilitam a satisfação dos vários tipos de necessidades das pessoas, porquanto existem de modo a satisfazer os objetivos que as pessoas por si só não conseguem concretizar, devido às suas limitações (Frederico, 2006).

Parreira (2005) refere que as organizações se constituem como elementos essenciais e necessários à vida civilizada, influenciando o *modus vivendi*, atendendo precisamente ao facto de se nascer, viver, estudar e trabalhar utilizando os serviços de várias organizações ou produtos pelas mesmas produzidos. Pode, assim, ser definida como “sistema de atividades conscientemente coordenadas de duas ou mais pessoas, sistemas sociais intencionalmente construídos e reconstruídos, a fim de se atingirem

objetivos específicos, que poderão ser o fim lucrativo ou não lucrativo” (Parreira, 2005, p. 13).

Uma organização é constituída por pessoas que interagem umas com as outras, criando um ambiente de ação equilibrado e dinâmico, num sistema estruturado, utilizando diversos recursos e estratégias no intuito de alcançarem objetivos comuns. Constata-se que é a partir das organizações que são desenvolvidas as atividades e as relações sociais como, por exemplo, a produção de bens e serviços (Teixeira, 1998). O mesmo autor refere que há um consenso entre vários investigadores de que se vive numa sociedade organizacional, onde tudo está regulado pelo funcionamento das organizações: a nossa sociedade é uma sociedade de organizações.

Etzioni (1992) refere que as organizações são unidades sociais que procuram alcançar objetivos específicos, cuja razão de ser é servi-los, resultando em unidades sociais eficientes e produtivas. Ao aplicar-se esta dimensão social às organizações de saúde, pautada por um sistema de relações entre os vários membros que a constituem, com diferentes interesses, poderes e objetivos, a tónica é colocada na análise de outra dimensão, ou seja, na interação dos seus atores, adquirindo relevo no contexto organizativo os aspetos de natureza cultural. Ainda na opinião do autor citado, as organizações criam uma identidade própria, possuindo um sistema de crenças que resulta numa especificidade única, o que pode ser transferido para as organizações de saúde. A cultura de uma organização implica algo que una as pessoas, que as aproxime e as identifique nos seus percursos individuais e coletivos, numa troca de saberes e de experiências com que os vários atores se enriquecem e valorizam. No seio das organizações, a coesão do grupo e a produtividade dependem da transparência das relações, do seu conhecimento e da forma como estabelecem a comunicação inter e intrapessoal.

Em sentido amplo, as organizações de saúde são um sistema social composto por subsistemas que integram ações individuais e coletivas. A organização de saúde é, assim, constituída por um conjunto de pessoas que, num ambiente dinâmico, interatuam cooperativamente estabelecendo relações entre si, num sistema estruturado, utilizando uma variedade de recursos com o fim de atingirem um objetivo comum.

Enquanto sistema, uma organização de saúde é constituída por diferentes subsistemas que se inter-relacionam e inter-influenciam fazendo com que o todo seja maior do que a soma das suas partes ou elementos. Este pressuposto, inerente à teoria sistêmica, tem implicações diretas na maneira como as organizações de saúde são abordadas, estudadas e compreendidas. As organizações de saúde, enquanto entidades vivas e dinâmicas, têm de possuir determinadas capacidades, nomeadamente a capacidade de se renovarem, inovarem, aprenderem e de se adaptarem às mutações internas e externas, de transformar informação em conhecimento, resolver problemas, acrescentar valor (Chambel & Curral 2008).

As organizações de saúde são constituídas por pessoas que, de uma forma estruturada, trabalham em cooperação, e representam um meio pelo qual determinados objetivos podem ser coletivamente atingidos, e que um profissional de saúde, isoladamente, não consegue alcançar. Todavia, as organizações de saúde, enquanto entidades sociais com funcionamento e ambiente próprios, impõem uma lógica particular aos seus membros, orientando os seus comportamentos, as suas decisões e as relações de interdependência. Por outro lado, elas próprias também dependem das interações, dos comportamentos e das funções desempenhadas pelos seus membros na prossecução qualitativa e eficaz dos respetivos objetivos organizacionais.

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

### **1.1. Clima organizacional**

A ideia de que os grupos ou as organizações possuem climas com influência no nível da produtividade, em resultado de experiências relacionadas com os estilos de liderança, tem sido admitida desde Kurt Lewin, co-autor, em 1939, do trabalho *Patterns of Aggressive Behavior in Experimentally Created Social Climates*. Essa remota origem do conceito de clima, segundo Neves (2000), pode ser reconhecida nas investigações de Argyris (1958), em que se enfatizam as relações interpessoais como as principais determinantes do clima organizacional, e nas de Forehand e Gilmer (1964), em que se procura caracterizar as percepções dos funcionários sobre aspetos de funcionamento das suas organizações.

A literatura apresenta-se abundante em investigações feitas sobre o clima organizacional em áreas diversificadas, com o objetivo de permitir aos responsáveis institucionais intervirem, mais eficazmente, no funcionamento das respetivas organizações (Neves, 2000). Neste domínio, propiciarão aos responsáveis institucionais um conjunto de elementos que lhes permita proceder a uma intervenção organizacional, com vista à alteração do comportamento dos seus membros e das condições, processos e resultados da própria organização.

Segundo Neves (2000), Pina e Cunha, Rego, Cunha e Cabral-Cardoso (2007), na origem da definição do conceito de clima organizacional estarão noções intuitivas e analógicas do quotidiano das pessoas, por exemplo, o uso da metáfora do clima atmosférico, utilizadas para transmitir a impressão que se tem de um ambiente organizacional e para exprimir a crença na existência de fatores organizacionais que influenciam o desempenho e a motivação dos indivíduos e dos grupos.

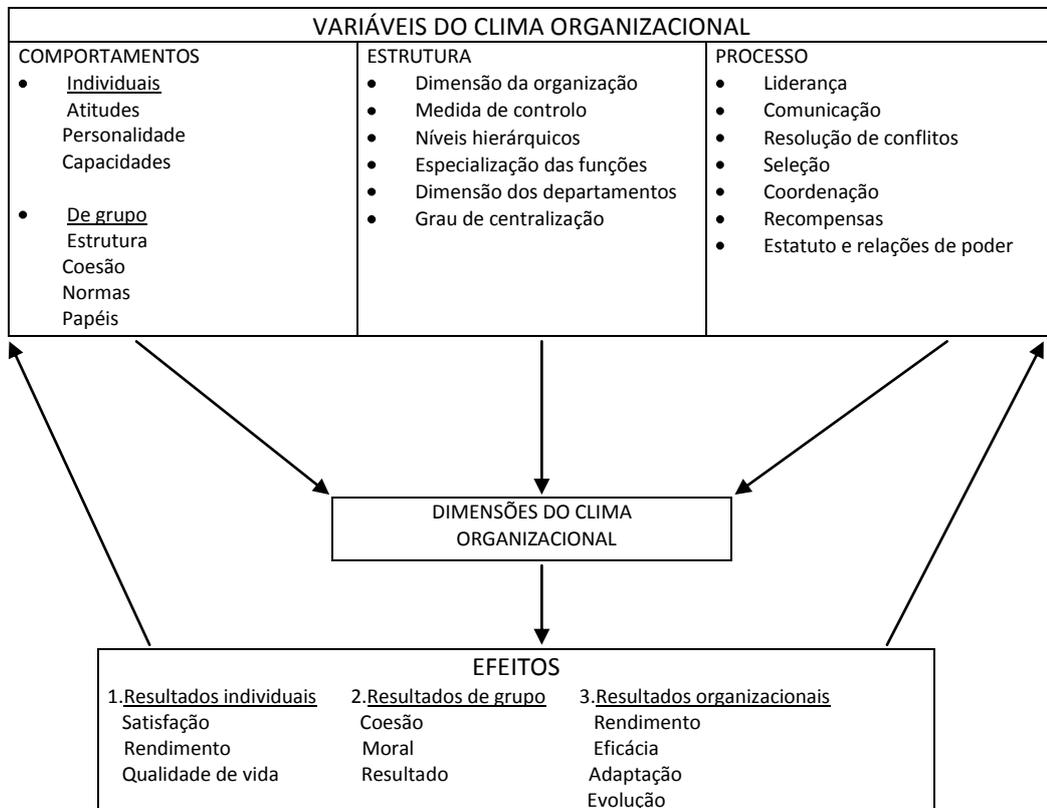
O clima organizacional é, assim, criado por indivíduos em interação que partilham uma estrutura de referência comum que contextualiza a interação individual na organização - a cultura organizacional - no pressuposto de serem os grupos que interpretam e constroem essa cultura retratada designadamente sob a forma de valores, normas, crenças, e que constitui o contexto para a interpretação dos eventos organizacionais. Nesta perspetiva, embora a interação mantenha a sua importância ao

nível da análise, evidencia-se a ênfase sociológica da relação grupal, em detrimento da ênfase psicológica da relação individual, para a explicação da formação do clima, como sugerem Moran e Volkwein (1992), referenciados por Neves (2000). O clima apresenta-se, portanto, como um conceito sistémico resultante das características organizacionais donde decorrem as perceções individuais, as quais serão filtradas pela personalidade do indivíduo que percebe, pela estrutura cognitiva que possui e pela interação que tem com os outros, resultando num conjunto de perceções partilhadas, as quais constituem o clima organizacional. De acordo com o referido, as organizações de saúde deparam-se com a necessidade de considerar o lado humano em aspetos tão variados como a motivação, a liderança, a comunicação e a dinâmica de grupo (Chambel & Curral, 2008).

A este respeito, Brunet (1999) considera ser consensual a identificação em qualquer organização de três grandes variáveis, ilustradas na figura 1, que intervêm na composição do clima organizacional: a estrutura, o processo organizacional e as variáveis comportamentais. Na estrutura, refere-se às características físicas organizacionais, designadamente à dimensão da organização, medida de controlo, níveis hierárquicos, especialização de funções, departamentalização, centralização e descentralização de decisões; no processo, reporta-se à gestão dos recursos humanos, incluindo a liderança, a comunicação, a resolução de conflitos; as variáveis comportamentais englobam os fundamentos individuais e de grupo que se refletem no clima. As três variáveis enumeradas estariam na origem do clima, atuando este como catalisador dos comportamentos observados nos atores de uma organização e, como a figura 1 sugere, consubstanciador de um fenómeno cíclico cujos efeitos se repercutem igualmente na sua génese.

Figura 1

**Variáveis do Clima Organizacional**



Fonte: Brunet (1999)

O clima organizacional parece, assim, resultar da percepção que os membros da organização têm acerca da estrutura, processo e produto e que, por seu turno, condicionará o respetivo comportamento individual, na perspetiva de um composto multidimensional de elementos que exercerá influência no modo como os indivíduos se comportam na situação de trabalho (Brunet, 1999). Este é uma qualidade relativamente duradoura do ambiente interno de uma organização que, segundo Menezes, Sampaio, Gomes, Teixeira e Santos (2009): a) é experienciada pelos seus membros; b) interfere nos seus comportamentos; e c) é descrita ao nível da avaliação de um conjunto peculiar de características da organização. Na perspetiva dos mesmos autores, para se conhecer o clima organizacional é imprescindível avaliar um conjunto de características organizacionais que compreendem o conhecimento da estrutura organizacional até à

forma como os indivíduos a percebem quotidianamente. O clima organizacional tem sido marcado pela valorização do ambiente na percepção dos elementos que constituem a organização e pela ênfase dada aos elementos do ambiente que funcionam como uma espécie de “atmosfera” promotora da transformação dos comportamentos dos membros organizacionais.

Todavia, importa ressaltar que há uma proximidade conceitual entre clima organizacional e cultura organizacional, elementos chave do comportamento organizacional.

## **1.2. Cultura organizacional**

A aproximação conceitual entre a cultura organizacional e o clima organizacional reporta-se ao período compreendido entre os anos 1970 e 1980, tendo subjacente a ideia de que a cultura organizacional está associada às crenças, aos valores e aos aspetos de natureza coletiva e ideacional, partilhada entre os colaboradores e organizações que, em última instância, são responsáveis pela conservação de um certo clima no seio da organização (Hofstede, Neuijen, Ohayv & Sanders, 1990).

A cultura organizacional, campo um tanto marginal até há bem pouco tempo, torna-se um objeto de estudo mais reivindicado na década de oitenta e noventa do século XX (Glisson & James, 2002). Tem sido considerada essencialmente como técnica passível de proporcionar aumento de produtividade, de melhorar o empenho, o envolvimento dos trabalhadores, suscitando e captando a atenção das próprias organizações.

A cultura organizacional é um conceito multifocalizado e multidimensional. Conjetura-se, deste modo, a existência de uma cultura organizacional partilhada pelos elementos de uma organização e que “todas as organizações têm culturas” (Hargreaves, 1998, p. 213).

Numa organização não se deve falar de cultura, mas de culturas ou subculturas e até de contra culturas que conferem uma imagem holográfica à organização. A difusão

holográfica da cultura significa que esta permeia a atividade de maneira a não levar ao controlo direto por nenhum grupo de indivíduos em particular. “Uma compreensão das organizações como culturas abre os olhos para muitas descobertas cruciais que escapam a outras metáforas” (Morgan, 2006, p. 144) e outros paradigmas, perspetivando-se, deste modo, a cultura organizacional como um cruzamento de múltiplos ângulos de visão, lentes de gradação vária, multidimensional, multidirecional e pluriperspetivacional.

As pessoas que integram uma organização têm características individuais e coletivas na sua maneira de pensar e de agir, e na sua convivência no quotidiano do trabalho (Menezes et al., 2009). A forma como as pessoas pensam, as suas condutas e símbolos têm um significado concreto e fazem parte da cultura organizacional. Tais pressupostos são encontrados em qualquer organização, inclusive na área da saúde.

Atualmente, o hospital é focalizado como uma organização de prestação de serviços. Apesar de ser encarado como uma instituição humanitária, defronta-se com os mesmos problemas existentes em outras organizações. Provavelmente tem uma cultura organizacional mais complexa, sobretudo a partir do momento em que assumiu um carácter mais profissional. Uma organização hospitalar é composta por uma multiplicidade de trabalhadores, que vai desde os médicos e enfermeiros aos diferentes profissionais da área de saúde (Giddens, 2013).

Nesse ambiente de elevado grau de complexidade no que se refere aos seus procedimentos, é comum existirem conflitos entre as diferentes culturas profissionais existentes nas organizações, o que é explicável através da formação de uma cultura profissional, com uma trajetória diferenciada, ou seja, as pessoas, por norma, vêm de outras instituições com visões e experiências diferentes da que existe na organização onde trabalham (Giddens, 2013).

As organizações de saúde caracterizam-se por terem uma função básica que consiste no atendimento das necessidades de saúde das pessoas. Para tal, dispõem de uma estrutura formada por profissionais que têm um conjunto de crenças, valores, ideias e comportamentos comuns, embora às vezes divergentes, bem como relações reguladas por normas e procedimentos. De facto, a organização de saúde é um fenómeno cultural

que varia de acordo com o estágio de desenvolvimento da comunidade da qual faz parte (Carvalho, Rocha, Marziale, Gabriel Bernardes, 2013).

As organizações de saúde apresentam um determinado padrão de interação entre os seus membros, sendo esta característica um produto de uma história social, política e cívica que as configura de forma diferenciada das organizações industriais. Ora, se a cultura de uma determinada organização pode ser percebida como um sistema de significados compartilhados pelos seus membros, que configura uma identidade coletiva, as organizações de saúde são marcadas pela forma como foram criadas as relações entre os profissionais de saúde e a sociedade, assim como as relações dos profissionais de saúde com a própria instituição (Parreira, 2005).

Se nos focalizarmos noutra direção que perceba a cultura não como variável, mas como algo intrínseco à própria natureza da organização de saúde, torna-se muito difícil delimitar o que é cultura e o que é organização. Esta passa a ser perspectivada como metáfora cultural, onde a cultura exerce uma grande influência nos fenómenos organizacionais que passam a ser entendidos e analisados numa dimensão mais simbólica e expressiva e não tanto a nível da estrutura e dos processos racionais de decisão (Schein, 2009). A metáfora da cultura confere à organização de saúde uma dimensão mais holística e coletiva. Nesta linha de pensamento, a cultura é um processo contínuo e ativo de criação, recriação e estruturação pelos atores (profissionais de saúde) e de significações e interpretações através das quais é determinada e estruturada a realidade organizacional (Schein, 2009).

Para se compreender a cultura organizacional de uma organização de saúde, à semelhança das outras organizações, devem ser consideradas as variadas situações sociais vivenciadas pelos membros da organização dentro de um contexto social particular e os aspetos históricos da criação e desenvolvimento da própria instituição. Por outro lado, é fundamental a compreensão do outro, da sua visão do mundo, da sua cultura, numa relação de intersubjetividade (Carvalho et al., 2013).

## Capítulo 2 – A Inteligência Emocional

---

### 2. Definição do conceito

Reconhecendo o papel cada vez mais importante da Inteligência Emocional (IE) dentro de uma Organização de Saúde, pela capacidade de fomentar um trabalho mais flexível e em equipa, considera-se relevante estudá-la.

Ao longo das últimas décadas, o conceito de IE tem-se tornado num tópico de interesse no meio científico e académico, bem como no setor público e privado (Cherniss, 2010; Mortana, Ripolla, Carvalhob, & Bernala, 2014). A IE é uma ferramenta útil para diversas áreas. Desde a década de 1990, a IE foi estudada pelos investigadores que se concentraram nos possíveis resultados de inter-relacionar este constructo com os domínios da vida, nomeadamente negócios, psicologia ou educação (Akudman, Hatipoğlu, & Yüksesbilgili, 2015).

A IE define-se como a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos otimamente as emoções. Refere-se às qualidades distintas, mas complementares da inteligência académica – capacidades puramente cognitivas medidas pelo QI. É também a capacidade de uma pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu estado de ânimo e impedir que o desânimo subjogue a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança. Estudos existentes sobre a inteligência emocional sugerem que esta pode ter uma influência mais forte do que o QI em jovens e adultos avaliados (Davies, Stankov, & Roberts, 1998; Hedlund & Sternberg, 2000; Mayer & Cobb, 2000).

Aqueles que agem meramente por impulsos, que se traduzem num défice de autocontrolo, sofrem de uma falha moral: a capacidade de controlar o impulso é a base da vontade e do carácter. Assim sendo, a origem do altruísmo reside na empatia, na capacidade de ler e compreender as emoções dos outros; aqueles que não conseguem

exercê-la falham ao nível da compaixão. O sentimento desempenha um papel crucial na orientação da pessoa através da indeterminável sequência de decisões ao longo do ciclo de vida (Goleman, 2012).

De acordo com Matthews, Zeidner e Roberts (2002) e Woyciekoski e Hutz (2008), a IE, um dos aspetos da inteligência mais discutidos na atualidade, constitui um constructo psicológico e um campo de investigação relativamente recente e em expansão, abarcando diversas áreas de pesquisa, que “propõe ampliar o conceito do que é aceite como tradicionalmente inteligente, compreendendo nos domínios da inteligência aspetos relacionados com o mundo das emoções e dos sentimentos”, na medida em que tem surgido a necessidade de se refletir sobre o que se percebe por inteligência e por comportamento inteligente.

Goleman (2014, p. 54) define IE como

“a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjugue a faculdade de pensar; de sentir empatia e sentir esperança”.

Matthews, Zeidner e Roberts (2002, p. 3) consubstanciam a IE à “competência para identificar e expressar emoções, compreender emoções, assimilar emoções no pensamento, e regular emoções positivas e negativas no próprio e nos outros”. Segundo Escada (2003) e Gardner (2005), o termo IE apresenta uma estreita semelhança com o conceito de inteligências pessoais que englobam as inteligências intra e inter-pessoais de Gardner.

De acordo com a literatura científica, existem quatro componentes psicológicas fortemente correlacionadas com a IE: personalidade, relações interpessoais, capacidade de raciocínio abstrato e conhecimento emocional. Segundo Mayer e Salovey (1997), qualquer conceção de IE deve incluir aspetos cognitivos, de modo a que a capacidade de raciocínio abstrato deva correlacionar-se com a IE. Também estabelecem duas diferenciações: a primeira, entre IE e conhecimento emocional, que define aquela como capacidade de resolução de problemas emocionais e este como aprendizagem das emoções; e a segunda, entre o conhecimento adquirido e a inerente capacidade que operacionaliza esse conhecimento em termos de consciência emocional não-verbal e

expressão de emoção. Portanto, a dificuldade de identificar sentimentos e em expressar sentimentos deve ser negativamente associada à Inteligência Emocional. Além disso, a IE deve demonstrar utilidade preditiva, para além da demonstrada pela personalidade e pela capacidade de raciocínio abstrato. Mayer e Salovey (1993) especularam que IE pode levar a uma melhor priorização de necessidades e objetivos de vida.

Na atualidade, há duas principais abordagens científicas para a IE: o modelo de capacidade e os modelos mistos. O primeiro modelo considera a IE como uma inteligência *standard* e argumenta que o constructo se enquadra nos critérios tradicionais da inteligência (Mayer, Roberts, & Barsade, 2008; Mayer & Salovey, 1997; Mayer, Salovey, & Caruso, 2008). Os defensores deste modelo propõem que a IE seja avaliada pelo desempenho individual com critério de correção, sem respostas certas ou erradas, determinadas por uma pontuação de algoritmos complexos. Os modelos mistos defendem a conceção que abarca aptidões com traços de personalidade e competências, como otimismo, autoestima e autoeficácia emocional. Os defensores desta abordagem utilizam instrumentos de autorrelato, em oposição a avaliações de desempenho, para medir a inteligência emocional (Mayer, Caruso, & Salovey, 2000).

Brackett, Rivers e Salovey (2011) sugerem que o constructo da IE é um conjunto de capacidades mentais que envolvem a resolução de problemas emocionais medido com testes de desempenho, em oposição a um leque de características e aptidões apercebidas resultante de baterias de autorrelato. A preferência por modelos de capacidade torna possível desenvolver ferramentas válidas de desempenho ou analisar o quanto o constructo contribui para o comportamento do dia-a-dia de uma pessoa.

A IE é uma inteligência que se tem configurado como resultado do desenvolvimento, evolução e combinação da emoção com a inteligência. Esta assimilação, assim como a formação do conceito de IE, tem concebido o reconhecimento dos aspetos psicológicos não cognitivos que intervêm no comportamento humano. Nesta linha, os estudos têm demonstrado a existência de uma correlação significativa entre o aspeto cognitivo e emocional nas pessoas, sendo esta relação muito importante para a obtenção de resultados efetivos em qualquer área da atividade humana (Mathews, Zeidner & Roberts, 2002).

Contrariamente a quem manifesta baixos níveis de IE, os indivíduos emocionalmente inteligentes serão efetivamente capazes de criar através do uso da regulação emocional, emoções positivas controlando as negativas e de crescer emocional e intelectualmente, bem como estarão mais aptos a estabelecer relações interpessoais e um melhor controlo das suas próprias vidas (Wong & Law, 2002). Serão capazes de reconhecer, compreender e perceber as suas emoções e as dos outros, e com sucesso regulá-las e utilizá-las para facilitar a sua *performance* e atingir fins, estando menos propensos a serem afetados emocionalmente e mais aptos a direcioná-las positivamente, exibindo a IE poder preditivo na satisfação de vida (Law, Wong & Song, 2004).

Lopes, Brackett, Nezlek, Schütz, Sellin & Salovey (2004) revelaram correlações positivas entre a capacidade de gerir as emoções e a qualidade das interações sociais. Estes estudos foram considerados pioneiros na medida em que examinaram a validade incremental de uma medida de capacidade de IE através de relatórios de amigos sobre a qualidade da relação social (estudo 1) e de um estudo diário da interação social (estudo 2). Como previsto, a capacidade de gerir as emoções foi associada, de forma mais confiável, à qualidade das interações sociais do que às outras competências emocionais. Além disso, verificou-se que, tanto as pontuações de gestão emocional como a qualidade percebida das interações sociais, partilham de medidas de estratégias positivas de autoapresentação. Estes resultados sugerem que pessoas com fortes habilidades emocionais podem usar o suporte emocional para melhorar as suas relações com os amigos e contar com estratégias positivas de autoapresentação para interagir com os outros de forma mais eficaz.

A capacidade de gerir emoções é suscetível de contribuir para as interações sociais de forma confortável, suave e espontânea, na medida em que aumenta as emoções positivas, previne conflitos e facilita as funções executivas, além de focar na atenção flexível (Lopes et al., 2004). Tal raciocínio é coerente com outros estudos que têm enfatizado relações entre a sociabilidade e a emocionalidade positiva (Lopes, Salovey, & Straus, 2003; Brackett, Mayer, & Warner, 2004). No entanto, a adaptação social é um constructo multifacetado, pois os indivíduos podem ser razoavelmente bem ajustados num contexto, mas menos bem ajustados noutra. Portanto, tanto a teoria como a prática

de investigação sugerem que a competência social não representa um domínio coeso de habilidade pessoal (Lopes et al., 2004).

A regulação emocional é crucial para a inteligência emocional (Salovey, Mayer, & Caruso, 2002). Os indivíduos diferem na capacidade de regular as emoções; alguns escolhem estratégias mais bem-sucedidas do que outros. Uma explosão inadequada de raiva pode destruir um relacionamento para sempre. Por outro lado, a capacidade de perceber e compreender as emoções influencia a interação social de forma mais indireta, ajudando as pessoas a interpretar sinais internos e sociais e, assim, orientar a autorregulação emocional e comportamento social. A regulação das emoções pode influenciar a interação social através de vários mecanismos, dos quais sobressai o aspeto emocional de encontros sociais (Keltner & Haidt, 2001). Outros estudos defendem que a regulação emocional pode promover ou facilitar as expectativas positivas para a interação social e o uso de estratégias eficazes de interação social (Salovey, Mayer, & Caruso, 2002).

A IE faz parte da inteligência social e é um conceito relativamente novo. A inteligência social (IS) é a capacidade humana de compreender e responder ao que acontece no mundo de uma forma eficaz, tanto a nível pessoal como social. A pessoa socialmente inteligente é naturalmente capaz de se dar bem com as pessoas, de fazer amigos facilmente e de ser ponderado no relacionamento humano. Note-se que o conceito de IS inclui o potencial de manipulação dos outros (Sembiyan & Visvanathan, 2012; Nagler, Reiter, Furtner, & Rauthmann, 2014).

Cada vez mais, os profissionais de saúde enfrentam maiores desafios no seu dia-a-dia, relacionados com

“a complexidade das situações de saúde e doença que exigem uma abordagem interdisciplinar, que extravasa a área da saúde e que obriga a um verdadeiro trabalho de equipa (...) para contornar obstáculos internos e externos à organização onde desenvolvem a sua atividade” (Santos, Duarte & Subtil, 2004, p. 4).

Neste sentido, estes profissionais são os que melhor conhecem o poder da interação humana, constituindo o contacto (*high-touch*), ao contrário da alta tecnologia (*high-tech*), o fundamento de um conjunto de competências inerentes aos profissionais de saúde.

No estudo de Austin, Farrelly, Black e Moore (2007) é referido um conceito que funde IE e IS: a inteligência socio emocional (ISE). Este constructo híbrido serve como um termo genérico para várias qualidades, habilidades, aptidões e características, incluindo a competência de comunicação, inteligência emocional e social (Furtner, Rauthmann, & Sachse, 2010), sendo estes constructos fundamentais aos profissionais de saúde. Não é só no âmbito interpessoal (como a codificação e a descodificação de informações sociais), mas também intrapessoal (regulação das emoções, por exemplo) que são capacidades consideradas fundamentais para os profissionais de saúde (Nagler et al., 2014). Embora este macro constructo esteja associado à manipulação emocional que envolve a capacidade de influenciar as emoções dos outros, a ISE é amplamente considerada como adaptativa, desejável e positiva (Grieve & Mahar, 2010; Veselka, Schermer, & Vernon, 2012; Jones & Figueredo, 2013).

A IE tem implicações na vida pessoal e na vida profissional dos profissionais de saúde, pois trata-se de uma profissão de relações humanas. Deste modo, estes profissionais necessitam, na esteira de Goleman (2014), de ter autoconsciência emocional, que surge a par da autoavaliação que a complementa e refere-se à avaliação realística dos próprios recursos, forças e fraquezas. De facto, esta destreza deve estar presente nos profissionais de saúde, tornando-os capazes de refletir acerca de si, capazes de mostrar sentido de humor e perspetiva acerca de si próprio (Goleman, 2014).

Ainda neste âmbito e também à luz do pensamento de Goleman (2014), os profissionais de saúde têm de possuir a capacidade de gerir as emoções, sendo este um processo de autorregulação, que se refere à forma como se gerem as emoções que emergem. Todavia, a consciência é indispensável no sentido de os profissionais de saúde compreenderem e conhecerem as próprias emoções, sendo esta capacidade emergente do autoconhecimento pois, como já referido anteriormente e corroborando a ideia de Goleman (2014), a base da IE é a consciência do *Eu*, o que leva, no caso concreto, os profissionais de saúde a autorregular os estados emocionais, ao autodomínio, em detrimento da adoção de comportamentos defensivos, de negação e de repressão do que realmente sentem.

Uma outra capacidade, referenciada por Goleman, (2014), como parte integrante da IE, é a automotivação, que ocorre quando “as pessoas se excedem a si mesmas numa atividade, ou os momentos onde a excelência se consegue sem esforço” (Goleman, 2014, p. 113), o que caracteriza um estado de fluxo. Motivarem-se a si próprios tem a ver com a forma como os profissionais de saúde canalizam as energias no sentido de atingir as metas traçadas, na medida em que são as próprias metas que os motivam diariamente.

Ao finalizar este capítulo com a descrição das capacidades e dimensões da IE aplicadas aos profissionais de saúde, infere-se que o comportamento e as atitudes são influenciados pela realidade exterior e interior, pela história de vida, pelo contexto em que se vive e trabalha. Nesta perspetiva, as capacidades anteriormente descritas diferem de pessoa para pessoa, o que pressupõe que uns profissionais de saúde dominem melhor umas capacidades do que outras.

## Capítulo 3 – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

---

### 1. Descrição da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e suas valências

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), *locus* de estudo deste trabalho, tem como objetivo procurar melhorar continuamente a sua estrutura organizacional, tal como os seus processos e métodos de controlo, a fim de corresponder e se antecipar às exigências de qualidade dos seus clientes/utentes (Sistema da Gestão da Qualidade da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, segundo o referencial da NP EN ISO 9001/2015).

A UCIP foi inaugurada em agosto de 1997. Destinada à vigilância e tratamento de utentes em situação crítica do foro médico-cirúrgico, resultante de patologia potencialmente reversível, utiliza meios humanos especializados ou treinados e meios técnicos complexos. Caracteriza-se por ser uma unidade funcional fechada: Unidade funcional: trata-se de uma unidade de internamento autónoma situada em área definida dentro do hospital, possuindo normas orientadoras sob critérios de admissão e alta e regulamento próprio; Unidade fechada: é uma unidade de internamento fechada, possuindo um Diretor de Serviço e *staff* médico próprio a quem competem as decisões de internamento/alta e o tratamento global dos doentes, bem como a definição dos limites de intervenção terapêutica.

Considera-se um utente em estado crítico aquele que é admitido na unidade por apresentar uma situação clínica instável com potencial compromisso da função de um ou mais órgãos ou sistemas vitais. São também admitidos na unidade utentes com elevado risco de desenvolvimento de complicações graves, que necessitam de vigilância intensiva.

A UCIP funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, dispendo de uma equipa médica própria, com um mínimo de dois médicos escalados diariamente, com um médico em presença física vinte e quatro horas, que dá apoio ao hospital a nível do cuidar o doente crítico, quando solicitado. A equipa de enfermagem distribui-se em turnos de oito horas numa relação 5-4-4, nunca podendo um enfermeiro ter mais de dois doentes à sua

responsabilidade. A equipa de assistentes operacionais numa relação de 2-1-1 e uma assistente técnica completam o *staff* próprio da unidade. A Diretora da Unidade é responsável pelos cuidados médicos, pela política assistencial da Unidade e pela organização geral; o Enfermeiro em função de chefia, responsável por todas as funções atribuídas aos enfermeiros e assistentes operacionais, e com responsabilidades na gestão de qualidade dos cuidados.

Tem uma lotação de 8 (oito) camas: 4 (quatro) em sala aberta com uma área aproximada de 112m<sup>2</sup> e dispostas em linha; 2 (duas) de isolamento em quartos individuais e antecâmara, com uma área aproximada de 23m<sup>2</sup> cada, com possibilidade de pressão positiva/negativa; 2 (duas) numa outra sala com uma área aproximada de 29m<sup>2</sup> e dispondo de sistema de vídeo vigilância.

A UCIP dispõe de equipamento de monitorização cardíaca, monitorização hemodinâmica invasiva e capnografia e de meios de suporte ventilatório, bombas de controlo de administração de fluídos e equipamento para execução de técnicas de substituição renal.

Tem acesso fácil a outros especialistas em chamada, nomeadamente: neurocirurgião, cirurgião vascular, pneumologista e técnica de broncofibroscopias, cirurgião geral, microbiologista, internista, cardiologista, gastroenterologista (endoscopias de urgência), nefrologista, radiologista/neuro-radiologista, neurologista e ortopedista. Dispõe de um conjunto de técnicos, a saber: fisioterapeutas, dietista/nutricionista e técnico de radiologia (disponível 24 horas).

Importa ressaltar que a UCIP esteve envolvida nos seguintes programas: King's Fund, POIMQIP (*International Quality Indicator Project*), HELICS/UCI. Desde 1999, o Hospital e a UCIP estão envolvidos no Plano para o Desenvolvimento da Transplantação em Portugal. Possui também o SINAS (Sistema de Avaliação em Saúde) que é um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, desenvolvidos pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), aos quais a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente aderiu em 2012. Não é seu objetivo avaliar a prática clínica, mas

avaliar a existência e cumprimento de procedimentos que afiancem uma melhor qualidade dos cuidados de saúde.

A UCIP realiza anualmente um relatório de avaliação de desempenho, permitindo assim apresentar um quadro sobre a evolução assistencial da unidade desde a sua abertura até ao ano de 2014.

No que se refere à evolução assistencial da UCIP, entre 2006 e 2014, apresenta-se o Quadro n.º 1:

**Quadro 1: Evolução assistencial da UCIP (1998/2014)**

Ano	N.º camas	Total Doentes	Nº Total Óbitos UCIP	Nº Dadores	Taxa de mortalidade corrigida à alta da UCIP	Média Idades	APA CHE II	SAPS II	Demora média (dias)	Taxa de ocupação
2006	8	199	31	13	8,5%	54,8		39,8	10,1	68,7
2007	8	205	39	7	13,6%	57,4	18.4	38,9	8,6	87,8
2008	8	217	51	14	13,8%	60,0	20.0	43,2	8,0	86,6
2009	8	228	57	10	18,8%	61,8	18.9	40,3	8,7	67,7
2010	8	191	39	5	15,1%	62,1	19.0	41,1	8,7	60,5
2011	8	225	55	16	16,8%	62,4	20.8	42,5	8,95	69,9
2012	8	236	45	12	11,0%	67,6	20.1	43,4	7,61	59,26
2013	8	265	64	13	17,9%	54,53	19.6	43,6	7,61	70,62
2014	8	305	62	22	-	60,2	16.4	35,7	-	61,13

Fonte: Relatório de Avaliação de Desempenho da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Nota: Nas taxas de mortalidade corrigida à alta da UCIP foram excluídos os doentes admitidos como potenciais Dadores.

A missão atribuída à UCIP e a disponibilidade de recursos locais justifica-se com a adequação do quadro às necessidades sentidas. Esta Unidade assume a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes que lhe são confiados, designadamente critérios de admissão e de alta, a planificação e a hierarquização de tratamentos, assim como a definição dos limites de intervenção terapêutica. Estas decisões são coordenadas e articuladas com o médico assistente do doente, família e outros profissionais de saúde com responsabilidade no tratamento.

Para além de se dominarem as técnicas próprias dos cuidados intensivos, na UCIP desenvolvem-se metodologias e praticam-se atitudes, gestos e procedimentos conformes ao estado da arte que permitem a melhor orientação dos doentes graves. Por isso, a UCIP está equipada com recursos necessários para concretizar este fim.

A aplicação de sistemas, índices ou *scores* de classificação de doentes em cuidados intensivos tem como principais objetivos, caracterizar a gravidade da doença e/ou o grau de disfunção orgânica, estimar o risco de morte intra-hospitalar, identificando um prognóstico.

A definição de um prognóstico em cuidados intensivos assume particular importância, pois permite à equipa uma escolha mais rigorosa de técnicas ou terapêuticas a utilizar, a possibilidade de previsão de sucesso do tratamento e investimento terapêutico e a caracterização detalhada das populações das unidades de cuidados intensivos. Possibilita a comparação entre as várias unidades e os resultados obtidos. Na unidade em estudo aplicam-se as seguintes escalas:

- **Registo de escalas com base na gravidade dos doentes internados –**

**APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*)**. Para o seu cálculo, habitualmente aplicado nas primeiras 24 horas de internamento na UCIP, utilizam-se 12 variáveis clínicas, fisiológicas e laboratoriais padronizadas, pontuadas de zero a quatro, conforme o grau de desvio da normalidade apresentado. Além disso, são atribuídos pontos à idade, presença de doença crónica e variáveis fisiológicas, cuja soma proporciona uma pontuação final que possibilita calcular o risco de óbito para o doente (Nogueira, Santos, Mataloun & Moock, 2007).

**O *Simplified Acute Physiology Score (SAPS II)***: foi desenvolvido em França por Le Gall et al., do Hospital Henri Mondor do Creteil, em 1983. É semelhante ao APACHE II. O SAPS II é composto por 12 variáveis fisiológicas, idade, tipo de admissão (cirurgia eletiva, não-eletiva ou internamento clínico) e presença de doença crónica (imunodeficiência adquirida, neoplasias metastática e hematológica). O pior valor de todas as variáveis recolhidas durante as primeiras 24 horas, após a admissão na UCIP, e a soma desses pontos forma o score SAPS II (Rocha, Pizzol, Ritter et al., 2012);

- **Registo de escalas com base na disfunção orgânica - avaliam a presença e a gravidade da disfunção orgânica –**

**Organ Failure Sequential Assessment (SOFA)** é uma escala cujo resultado permite determinar o nível de disfunção orgânica e o risco de mortalidade em utentes internados numa unidade de cuidados intensivos; esta escala é baseada no grau de disfunção de seis órgãos. A pontuação é calculada com base numa escala própria, utilizando-se os piores parâmetros medidos a cada 24 horas.

- **Registo de Índices que avaliam a utilização de carga de trabalho de enfermagem –**

**Therapeutic Intervention Scoring System (TISS 28)**: foi criado em 1974, descrito por Cullen, com o objetivo de introduzir na prática clínica a quantificação da carga de trabalho de enfermagem em Medicina Intensiva. Inicialmente era constituído por 57 atos terapêuticos, pontuados de 1 a 4, de acordo com a carga de trabalho envolvida. Em 1983, foi revisto por Keene e Cullen, passando a compreender 76 atividades de enfermagem. Em 1996, foi publicada por Miranda uma simplificação do TISS, ou TISS-28, que atualmente constitui um dos principais sistemas utilizados para a quantificação da carga de trabalho de enfermagem em cuidados intensivos. É avaliado uma vez por dia e reflete a carga de trabalho efetuado nas últimas 24 horas, variando entre 0 e 78 pontos. O TISS-28 serve também para classificar os doentes em 4 classes (classes de Cullen), que ajudam a compreender o grau de vigilância necessário e a necessidade de estar internado numa UCIP (Pinto & Pires, 2009).

**Quadro 2 - Quadro valores médios de tiss da unidade a apresentar**

Ano	2015	2014	2013	2012	2011
Tiss médio por enfermeiro	35,8	35,6	35,5	34,9	37,8
Média de horas de cuidados necessárias	79,2	80,9	80,9	80,9	88,7
Média de horas de cuidados fornecidas	79,9	81,9	81,9	84,9	86,3
Diferença média entre horas cuidados fornecidas e horas cuidados necessários	0,67	1,04	1,04	3,81	-2,46
Diferença média entre horas cuidados fornecidas e horas cuidados necessários em nº Enfermeiros	0,10	0,15	0,15	0,54	-0,35
Média de enfermeiros por dia	11,4	11,7	11,7	12,1	12,3

Outras escalas aplicadas na Unidade em estudo:

**Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID)** Criada por La Torre, em 2010, é uma escala de avaliação da dor utilizada em doentes críticos não comunicativos e submetidos a ventilação mecânica, baseada em cinco itens; é de salientar que esta escala tem critérios de exclusão bem definidos: o primeiro é a capacidade de o doente efetuar a autoavaliação da dor utilizando a escala visual analógica (EVA), considerada a “gold-standard” para a avaliação da dor em cuidados intensivos, segundo Puntillo (2009). Os outros critérios são ventilação espontânea, tetraplegia, utilização de bloqueadores neuromusculares, coma profundo, polineuropatia do doente crítico e morte cerebral. A pontuação obtida encontra-se, tal como na EVA, entre 0 e 10 valores.

**Richmond agitation sedation scale (RASS):** esta escala foi criada em Richmond, nos Estados Unidos da América, por uma equipa multidisciplinar, que acrescentou um novo parâmetro, o tempo de contacto visual mantido pelo doente. A escala permite classificar o doente em pontos positivos e negativos, doente alerta e calmo para 0 pontos, num máximo de 4 para o classificar como combativo, violento, ou de 0 a -5 quando não se obtém resposta ao estímulo verbal ou físico.

**Escala de Braden:** por orientação da Direção Geral de Saúde, é aplicada diariamente a todos os doentes. É constituída por 6 dimensões; a soma das seis subescalas varia entre 6 e 23, quanto menor for o valor, maior será o comprometimento apresentado e, conseqüentemente, maior a exposição ao risco (Direcção-Geral da Saúde,

Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de dezembro).

Importa salientar que, anualmente, é feito um relatório com a avaliação do desempenho e, sobretudo, com os resultados de saúde que são a base para definir os objetivos para o ano seguinte. Este relatório é enviado ao serviço de planeamento da ARS, e enviada uma cópia para o serviço de planeamento da Direção-Geral da Saúde.

## **PARTE II – Estudo Empírico**

---

## Capítulo 1 - Metodologia da Investigação

---

### 1. Modelo concetual do estudo

Este capítulo contém as opções metodológicas que regem esta investigação. Após ter sido feito o quadro concetual, que contextualiza o estudo empírico, passa-se à fundamentação, em função dos objetivos delineados, e à descrição das opções seguidas na investigação a realizar.

As organizações são compreendidas como micro sociedades, caracterizadas pelos mesmos problemas que marcam os vínculos sociais. Estas representam sistemas culturais, simbólicos e imaginários, constituídos por uma estrutura de valores e de normas que regularizam o comportamento dos seus membros, orientando as suas condutas (Carvalho et al., 2013).

O comportamento organizacional é um fenómeno complexo, o que requer que se observe profusamente as suas vertentes, sem caracterizá-la como uma variável estática (Matos & Pires, 2006). Para se compreender a cultura organizacional, devem ser tidas em consideração várias situações sociais vivenciadas pelos membros de uma organização dentro de um contexto social particular. É também fulcral a compreensão do outro, da sua visão do mundo, da sua cultura, numa relação de intersubjetividade (Bastos, 2001). Neste sentido, as perceções dos membros de uma organização de saúde traduzem crenças compartilhadas e representam os valores organizacionais, formando o núcleo do comportamento organizacional (Carvalho et al., 2013).

As organizações em geral, e as organizações de saúde em particular, necessitam de fazer face às exigências de uma sociedade em constante mutação, o que requer adaptações quase permanentes como um garante do próprio comportamento organizacional.

Perante a problemática apresentada, o presente estudo procura responder às seguintes questões de investigação:

- i) De que forma os profissionais de saúde gerem as suas emoções?

- ii) Qual a opinião dos profissionais de saúde sobre a realidade numa unidade de cuidados intensivos polivalente e as suas expetativas?
- iii) Que opinião têm os profissionais de saúde sobre os aspetos mais importantes para melhorar as condições de trabalho na unidade de cuidados intensivos polivalente?

Decorrente das questões formuladas, delinearam-se os seguintes objetivos:

- iv) Conhecer a forma como os profissionais de saúde gerem as suas emoções;
- v) Identificar a opinião dos profissionais de saúde sobre a realidade numa unidade de cuidados intensivos polivalente e as suas expetativas;
- vi) Identificar a opinião dos profissionais de saúde sobre os aspetos mais importantes para melhorar as condições de trabalho na unidade de cuidados intensivos polivalente.

Procede-se, depois, à elaboração de uma lista de soluções que facilitem a relação e o comportamento dos profissionais de saúde da referida unidade, para que assumam comportamentos no trabalho consentâneos com um clima organizacional que garanta a melhoria da qualidade da assistência prestada aos doentes e uma melhor satisfação profissional.

### **1.1. Tipo de estudo e desenho de investigação**

De forma a atingir os objetivos delineados, realizou-se uma revisão bibliográfica que possibilitou suportar teoricamente o estudo a desenvolver, tendo a preocupação de selecionar a que pareceu mais pertinente e atual.

Optou-se, para o efeito, por um estudo quantitativo, com corte transversal e exploratório-descritivo.

Trata-se, mais concretamente, de um estudo de caso que, de acordo com Yin (2005), consiste na estratégia escolhida ao examinar-se acontecimentos contemporâneos, mas quando estes não se podem manipular. Na opinião de Chizzotti (2006, p. 135), o

objetivo do estudo de caso é “reunir os dados relevantes sobre o objeto do estudo e, desse modo, alcançar um conhecimento mais amplo sobre esse objeto”. Este tipo de estudo é preferido quando: o tipo de questão de pesquisa é da forma “como” e “por quê?”, quando o controlo que o investigador tem sobre os acontecimentos é muito reduzido, ou quando o foco temporal está em fenómenos contemporâneos dentro do contexto de vida real (Yin, 2005).

No método do estudo de caso, a ênfase está na compreensão, fundamentada basicamente no conhecimento tácito que tem uma forte ligação com a intencionalidade da investigação.

Nesta investigação, a estratégia assenta no estudo de caso pelo facto de dar azo a um estudo em que, simultaneamente, se preservem as características holísticas e se possa documentar o comportamento organizacional de uma unidade de cuidados intensivos polivalente, tendo em conta o ponto de vista dos profissionais de saúde que nela exercem.

A multiplicidade de critérios e características que compõem os estudos de caso levam a algumas classificações e tipificações. Assim, de acordo com os objetivos e a natureza das informações finais, Yin (2005) classifica os estudos de caso como: exploratórios, descritivos, explicativos e avaliativos. Deste modo, esta investigação assume-se, na sua essência, como um estudo de caso descritivo, dado que objetiva fazer a descrição de um fenómeno no seu contexto natural.

A pesquisa de estudo de caso inclui “tanto estudos de caso único quanto de casos múltiplos” (Yin, 2005, p. 33). Na perspetiva do mesmo autor, o estudo de caso visa essencialmente a compreensão do comportamento de um sujeito, de um dado acontecimento, ou de um grupo de sujeitos ou de uma instituição, considerados como entidade única, diferente de qualquer outra, numa dada situação específica, que é o seu ambiente natural. Assume-se como uma investigação particularística, na medida em que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em determinados aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, assim, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.

## 2. Participantes e método de recolha de dados

Num estudo de caso, a escolha da amostra adquire um sentido muito particular (Bell, 2010). De facto, segundo o mesmo autor, a seleção da amostra é fundamental, porquanto constitui o cerne da investigação. Apesar da seleção da amostra ser extremamente importante, a investigação, num estudo de caso, não é baseada em amostragem, pois, no caso concreto, a amostra é equivalente à população. Ao escolher o “caso”, o investigador estabelece um fio condutor lógico e racional que guiará todo o processo de recolha de dados. Não se estuda um caso para compreender outros casos, mas para compreender o “caso” (Bell, 2010).

A constituição da amostra é sempre intencional baseando-se em critérios pragmáticos e teóricos, em detrimento dos critérios probabilísticos, procurando as variações máximas e não a uniformidade (Flick, 2005).

O caso do presente estudo e a unidade de cuidados intensivos polivalente integram os profissionais de saúde que nesta desempenham funções, cuja participação tem por base um método de conveniência, porquanto se trata do local de trabalho da investigadora.

Da população alvo de profissionais de saúde, à data, que integravam o quadro de pessoal da unidade de cuidados intensivo polivalente - *locus* de estudo, teve-se acesso a 40 profissionais de saúde (7 assistentes operacionais, 6 médicos, 2 fisioterapeutas, 1 assistente técnico e 23 enfermeiros), salienta-se que apenas um elemento não participou no estudo pelo facto de se encontrar ausente por “licença de maternidade”.

Considerando os preceitos éticos e deontológicos a ter em conta neste tipo de estudos, foi solicitada a autorização prévia aos autores da Escala de Inteligência Emocional validada (Rego & Fernandes, 2005), através de um *e-mail* onde se explicava a finalidade e os objetivos da investigação (cf. Anexo I). Foi também efetuado um pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da Instituição Hospitalar, com o conhecimento prévio da Enfermeira Diretora, da Diretora Clínica e do Diretor do Serviço da unidade de cuidados intensivos polivalente, bem como do Enfermeiro Chefe, para a aplicação do instrumento de recolha de dados (cf. Anexo II).

Os questionários foram entregues e recolhidos pessoalmente pela autora do trabalho que, ao longo do processo, esteve sempre disponível para prestar qualquer esclarecimento. A colheita de dados decorreu nos meses de setembro e outubro de 2015.

### **2.1. Instrumento de colheita de dados**

A colheita de dados foi realizada com recurso a um questionário (cf. Anexo III), autoaplicado, que se inicia com uma sumária introdução, na qual são explicados os objetivos do estudo e solicitada a colaboração dos profissionais de saúde, tendo-se garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas. O questionário é constituído por um conjunto de perguntas, na sua maioria fechadas e uma aberta, comportando 6 partes:

A **Parte I** aporta questões relativas a dados sociodemográficos e profissionais, com as quais se pretende recolher informação acerca da idade, sexo, zona de residência, grupo profissional, vínculo de contratação, tempo de serviço na unidade, existência de um segundo emprego (trabalhar noutras instituições), horário e tipo de trabalho.

A **Parte II** contém a Escala de Inteligência Emocional validada para a população portuguesa por Rego e Fernandes (2005). Trata-se de uma escala de tipo *Likert* de sete pontos (1: “Não se aplica rigorosamente nada a mim”; 2: “De uma forma geral, não se aplica nada a mim”; 3: “Aplica-se pouco”; 4: “Aplica-se alguma coisa”; 5: “Aplica-se muito”; 6: “Aplica-se bastante”; e 7: “Aplica-se completamente a mim”), e compreende 19 itens.

Sendo este um modelo hexadimensional, o mesmo compreende as seguintes dimensões:

**1. Autocontrolo perante as críticas (IEACC)** - Constituída por quatro itens, 1, 7, 13 e 19, todos invertidos, que avaliam a autoconsciência, a perceção e expressão das emoções;

**2. Empatia (IEE)** – Contém três itens (5, 11 e 17) sendo o 5 e 11 invertidos, alusivos ao contágio emocional, à sintonia no relacionamento com os outros e à

capacidade empática dos indivíduos reagirem a determinados estímulos dos outros.

**3. Compreensão das emoções próprias (IECEP)** - É avaliada pelos itens 6, 12 e 18, que estão relacionados com o grau em que o indivíduo compreende os seus sentimentos e emoções, bem como as suas causas;

**4. Auto-encorajamento (IEAE)** - Compreende três itens (2, 8 e 14) relacionados com o uso das emoções e reflete a capacidade de um indivíduo se auto motivar e encorajar, dotado de espírito de iniciativa e orientado para o objetivo. Corresponde à regulação das emoções, à aplicação do conhecimento emocional e à autogestão.

**5. Compreensão das emoções dos outros (IECEO)** - Avaliada pelos itens 4, 10 e 16, relacionados com a dimensão compreensão emocional e com a avaliação das emoções dos outros;

**6. Autocontrolo emocional (IEACE)** - Avaliada pelos itens 3, 9 e 15, mede a capacidade de um indivíduo controlar as suas emoções em situações de elevada carga emocional e a capacidade de priorizar e redirecionar o pensamento.

### **Estudo psicométrico da Escala de Inteligência Emocional**

As escalas e todos os instrumentos de medição devem ser válidos e confiáveis. Assim, a validade diz respeito à capacidade de o instrumento medir o constructo que pretende quantificar, e a confiabilidade ou fiabilidade refere-se à propriedade de atestar resultados análogos, sem erro, em repetidas medições. Neste trabalho, procedeu-se ao estudo de fiabilidade para a Escala de Inteligência Emocional.

A fiabilidade possibilita avaliar a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens que se efetua com a determinação do coeficiente alfa de Cronbach, cujos valores podem oscilar entre 0 e 1 sendo tanto melhor quanto mais elevado. Uma boa consistência interna deve ser superior a um alfa de 0.80 (Marôco, 2014).

Acresce referir que a confiabilidade é uma condição necessária, todavia não suficiente para garantir a validade do instrumento (Marôco, 2014) (cf. Tabela 1).

Quanto aos estudos de fiabilidade da Escala da Inteligência Emocional, os resultados da Tabela 1 mostram as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o global da escala.

Como se pode verificar na Tabela 1, na escala, os coeficientes de correlação item total corrigido variam entre 0.004 e 0.514. Observa-se que se está perante correlações acima de 0.20 (valor de referência), à exceção do item 17 (“Vivo os problemas dos meus amigos como se fossem os meus problemas”), onde o valor correlacional é baixo ( $r=0.004$ ) e que numa análise mais conservadora deveria ser excluído.

Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem afirmar que, na globalidade, se encontram bem centrados, situando-se todos acima do índice médio esperado, registando-se o valor médio mais baixo ( $\bar{x}=4.51$ ) no item 17 (“Vivo os problemas dos meus amigos como se fossem os meus problemas”) e o valor médio mais elevado ( $\bar{x}=6.28$ ) no item 11 (“O sofrimento dos outros não me afeta”).

Calculado o índice de fiabilidade, os valores de alfa de Cronbach variam entre  $\alpha=0.663$  no item 19 (“É difícil, para mim, aceitar uma crítica”) e  $\alpha=0.712$  no item 10 (“Eu realmente compreendo as emoções das pessoas com quem me relaciono”). O valor de alfa de Cronbach global é 0.696, sendo, por isso, classificados de razoável, como sugerem Pestana e Gageiro (2014). Questiona-se contudo o tamanho amostral para o cálculo destes indicadores que no caso vertente deveria conter pelo quádruplo do número de itens, ou seja, 95 casos (Pestana & Gageiro 2014).

**Tabela 1 - Consistência interna dos itens da Escala de Inteligência Emocional**

Nº Item	Itens	Média	dp	r/item total	R <sup>2</sup>	α sem item	
1	Quando sou derrotado num jogo, perco o controlo.	6,10	0,967	0,514	0,664	0,664	
2	Normalmente encorajo-me, a mim próprio, para dar o meu melhor.	5,87	0,731	0,207	0,454	0,690	
3	Consigo permanecer calmo mesmo quando os outros estão zangados.	4,94	1,234	0,450	0,639	0,665	
4	Empenho-me em compreender os pontos de vista dos outros.	5,66	0,898	0,370	0,680	0,677	
5	Sou indiferente à felicidade dos outros.	5,66	1,527	0,262	0,581	0,687	
6	Eu compreendo as causas das minhas emoções.	5,56	0,911	0,241	0,601	0,687	
7	É difícil, para mim, falar com pessoas que não partilham dos mesmos pontos de vista que eu.	5,35	1,366	0,322	0,703	0,679	
8	Eu dou o máximo de mim para atingir os meus objetivos.	5,87	0,863	0,204	0,746	0,690	
9	Reajo com calma quando estou sob tensão.	5,10	1,293	0,411	0,635	0,669	
10	Eu realmente compreendo as emoções das pessoas com quem me relaciono.	5,12	1,104	-0,029	0,621	0,712	
11	O sofrimento dos outros não me afeta.	6,28	1,336	0,322	0,755	0,679	
12	Quando estou triste, sei os motivos.	5,58	1,185	0,197	0,622	0,692	
13	Fico zangado quando os outros me criticam – mesmo sabendo que têm razão.	4,89	1,483	0,187	0,717	0,696	
14	Usualmente, costumo estabelecer objetivos para mim próprio.	5,46	1,096	0,263	0,702	0,685	
15	Raramente fico furioso.	4,76	1,597	0,197	0,690	0,697	
16	Consigo compreender as emoções e sentimentos dos meus amigos vendo os seus comportamentos.	5,43	0,967	0,452	0,677	0,669	
17	Vivo os problemas dos meus amigos como se fossem os meus problemas.	4,51	1,048	0,004	0,659	0,708	
18	Eu realmente sei o que estou a sentir.	5,61	0,814	0,305	0,557	0,683	
19	É difícil, para mim, aceitar uma crítica.	5,20	1,196	0,470	0,582	0,663	
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>		<b>0,696</b>					

A tabela 2 configura as estatísticas e a consistência interna dos itens por subescala. Para o **Fator 1 – Autocontrolo perante as críticas**, o valor de correlação do item total corrigido varia entre  $r=0.402$  no item 7 (“É difícil, para mim, falar com pessoas que não partilham dos mesmos pontos de vista que eu”) sendo também este item que exprime menor variabilidade (17.6%) e  $r=0.476$  no item 19 (“É difícil, para mim, aceitar uma crítica”) com uma percentagem de variância explicada de 23.7%. Os valores de alfa de Cronbach podem classificar-se de medíocres e razoáveis.

No **Fator 2 – Empatia**, a correlação do item total corrigido tem a sua expressão máxima no item 11 (“O sofrimento dos outros não me afeta”) ( $r=0.580$ ) com uma variabilidade de 34.0% e a mínima no item 5 (“Sou indiferente à felicidade dos outros”) ( $r=0.197$ ), com uma variância explicada de 28.3% e os valores de alfa de Cronbach também se podem classificar de medíocres (Pestana & Gageiro 2014).

Quanto ao **Fator 3 – Compreensão das emoções próprias**, o valor de correlação do item total corrigido varia entre 0.451 no item 12 (“Quando estou triste, sei os motivos”), sendo também este item que exprime menor variabilidade (24.0%) e  $r=0.629$  no item 19 (“Eu realmente sei o que estou a sentir”) com uma percentagem de variância explicada de 40.8%. Os valores de alfa de Cronbach podem classificar-se entre o medíocre e o razoável.

Para o **Fator 4 – Auto-encorajamento**, o valor de correlação do item total corrigido varia entre  $r=0.271$  no item 2 (“Normalmente encorajo-me, a mim próprio, para dar o meu melhor”), exprimindo menor variabilidade (0.76%) e  $r=0.645$  no item 14 (“Usualmente, costumo estabelecer objetivos para mim próprio”), com uma percentagem de variância explicada de 50.8%. Os valores de alfa de Cronbach podem classificar-se entre medíocre e bom (Pestana & Gageiro 2014).

Em relação ao **Fator 5 – Compreensão das emoções dos outros**, pode dizer-se que o valor de correlação do item total oscila entre  $r=0.151$  no item 10 (“Eu realmente compreendo as emoções das pessoas com quem me relaciono”), que exprime menor variabilidade (0.49%) e  $r=0.350$  no item 16 (“Consigo compreender as emoções e sentimentos dos meus amigos vendo os seus comportamentos”), com uma percentagem de variância explicada de 13.1%. Os valores de alfa de Cronbach podem classificar-se de medíocres (Pestana & Gageiro 2014).

No **Fator 6 – Autocontrolo emocional**, o valor de correlação do item total corrigido varia entre  $r=0.433$  no item 9 (“Reajo com calma quando estou sob tensão”) sendo também este item que exprime menor variabilidade (23.6%) e  $r=0.601$  no item 3 (“Consigo permanecer calmo mesmo quando os outros estão zangados”), com uma percentagem de variância explicada de 36.3%. Os valores de alfa de Cronbach podem classificar-se de medíocres a razoáveis (Pestana & Gageiro 2014).

A baixa amostra compromete a validade estatística dos dados apresentados, mas visto ser um estudo de caso e porque não é extrapolável optou-se por utilizar a escala, considerando-se assim a importância do conteúdo dos itens.

**Tabela 2 – Consistência interna dos itens por fatores**

Itens	Fator 1 – Autocontrole perante as críticas	Média	dp	r/item total	r <sup>2</sup>	α sem item
7	É difícil, para mim, falar com pessoas que não partilham dos mesmos pontos de vista que eu.	6,10	0,967	0,402	0,176	0,614
13	Fico zangado quando os outros me criticam – mesmo sabendo que têm razão.	5,35	1,366	0,463	0,227	0,565
19	É difícil, para mim, aceitar uma crítica.	4,89	1,483	0,476	0,237	0,560
<b>Fator 2 – Empatia</b>						
5	Sou indiferente à felicidade dos outros.	5,66	1,527	0,197	0,283	0,481
11	O sofrimento dos outros não me afeta.	6,28	1,336	0,580	0,340	-0,377
17	Vivo os problemas dos meus amigos como se fossem os meus problemas.	4,51	1,048	0,073	0,221	0,589
<b>Fator 3 – Compreensão das emoções próprias</b>						
6	Eu compreendo as causas das minhas emoções.	5,56	0,911	0,474	0,303	0,624
12	Quando estou triste, sei os motivos.	5,58	1,185	0,451	0,240	0,705
18	Eu realmente sei o que estou a sentir.	5,61	0,814	0,629	0,408	0,469
<b>Fator 4 – Auto-encorajamento</b>						
2	Normalmente encorajo-me, a mim próprio, para dar o meu melhor.	5,87	0,731	0,271	0,076	0,812
8	Eu dou o máximo de mim para atingir os meus objetivos.	5,87	0,863	0,633	0,495	0,402
14	Usualmente, costumo estabelecer objetivos para mim próprio.	5,46	1,096	0,645	0,508	0,361
<b>Fator 5 – Compreensão das emoções dos outros</b>						
4	Empenho-me em compreender os pontos de vista dos outros.	5,66	0,898	0,187	0,088	0,354
10	Eu realmente compreendo as emoções das pessoas com quem me relaciono.	5,12	1,104	0,151	0,049	0,452
16	Consigo compreender as emoções e sentimentos dos meus amigos vendo os seus comportamentos.	5,43	0,967	0,350	0,131	0,034
<b>Fator 6 - Autocontrole emocional</b>						
3	Consigo permanecer calmo mesmo quando os outros estão zangados.	4,94	1,234	0,601	0,363	0,444
9	Reajo com calma quando estou sob tensão.	5,10	1,293	0,433	0,236	0,641
15	Raramente fico furioso.	4,76	1,597	0,450	0,242	0,649

A Tabela 3 sintetiza os valores de alfa de Cronbach por subescala obtidos no estudo. Denota-se que é o Fator 3 que apresenta uma melhor consistência interna ( $\alpha=0.685$ ), com um alfa classificado de bom. Em oposição, o Fator 5 é o que revela um alfa de Cronbach mais baixo, considerado medíocre ( $\alpha=0.381$ ).

**Tabela 3 – Valores de alfa de Cronbach para as subescalas da Escala de Inteligência Emocional**

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach
<b>Fator 1 – Autocontrolo perante as críticas</b>	4	0,656
<b>Fator 2 – Empatia</b>	3	0,429
<b>Fator 3 – Compreensão das emoções próprias</b>	3	0,685
<b>Fator 4 – Auto-encorajamento</b>	3	0,678
<b>Fator 5 – Compreensão das emoções dos outros</b>	3	0,381
<b>Fator 6 - Autocontrolo emocional</b>	3	0,672

Procedeu-se à transformação dos scores das subescalas numa escala de 0 a 100%, a fim de ser possível determinar qual a subescala que apresenta o valor percentual médio mais elevado de IE.

#### **Escala de percepção das expetativas dos profissionais de saúde *versus* percepção da realidade atual**

A **Parte III** contempla uma escala de tipo *Likert* com 27 itens, cada um composto por duas questões; a **Questão A** refere-se à percepção das expetativas dos profissionais de saúde (desejos, valores, preferências), e a **Questão B** diz respeito à percepção da realidade atual.

Salvaguarda-se que, para a elaboração da referida escala, se teve como base o questionário de Luís Graça (1999) “A Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde nos Centros de Saúde”, cuja elaboração original, entre outros objetivos, visava medir o grau de discrepância entre as expetativas e as recompensas intrínsecas e extrínsecas que os profissionais de saúde alcançam no exercício das suas funções; definir e interpretar o perfil de satisfação desses profissionais e utilizar a satisfação profissional como indicador de avaliação da qualidade organizacional da instituição de saúde. O questionário original é formado por uma escala tipo *Likert* com 45 questões, ordenadas de forma aleatória. Neste estudo, apenas algumas serviram de base ao questionário aplicado aos profissionais de saúde, com as respetivas alterações, o que resultou em 27 questões. Tendo o inquirido que responder, a duas questões: A- Até que ponto deveria existir? B- Até que ponto existe? A resposta a cada uma das questões (A e B) é feita através de uma

escala de 0 (mínimo) a 10 (máximo). Assim, a tradução da numeração é a seguinte: 1- quase nada; 2- muito pouco; 3- pouco; 5- assim-assim, nem pouco nem muito; 7- bastante; 8- muito; 9- muitíssimo, sem ser o máximo.

### **Consistência interna da escala relativa à percepção das expectativas dos profissionais de saúde e à percepção da realidade atual**

De acordo com os dados apresentados na Tabela 4 na escala relativa à percepção das expectativas dos profissionais de saúde e à percepção da realidade atual, tendo em conta a opção A – Até que ponto deveria existir?, os coeficientes de correlação item total corrigido variam entre 0.207 e 0.832. Verifica-se que se está perante correlações acima de 0.20 (valor de referência).

Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem afirmar que, na globalidade, se encontram bem centrados, situando-se todos acima do índice médio esperado, registando-se o valor médio mais baixo ( $\bar{x}=8.33$ ) no item 5A “A oportunidade de ter, no seu local de trabalho, verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos?” e o valor médio mais elevado ( $\bar{x}=9.58$ ) no item 3A “Um elevado espírito de equipa entre as pessoas que trabalham nesta unidade, independentemente da sua profissão?”.

Constata-se que os valores alfa classificam-se de bons ao situarem-se entre  $\alpha=0.931$  e  $\alpha=0.944$ , com um alfa, para a globalidade da escala ( $\alpha=0.934$ ).

**Tabela 4 - Consistência interna dos itens da Escala das percepções das expectativas dos profissionais de saúde e percepção da realidade atual – A) Até que ponto deveria existir?**

<b>Nº Item</b>	<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>dp</b>	<b>r/item total</b>	<b>α sem item</b>
1A	A autonomia no exercício das suas funções?	8,43	1,252	0,409	0,934
2A	A certeza de que está a desenvolver os seus conhecimentos e competências?	8,76	1,111	0,207	0,937
3A	Um elevado espírito de equipa entre as pessoas que trabalham nesta unidade, independentemente da sua profissão?	9,58	1,044	0,591	0,932
4A	A certeza de que o seu contributo é importante para a realização da missão e dos objetivos atribuídos a esta unidade?	8,89	1,293	0,359	0,935
5A	A oportunidade de ter, no seu local de trabalho, verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos?	8,33	1,811	0,081	0,944
6A	A confiança na capacidade de inovação e mudança de quem trabalha consigo?	8,84	,987	0,540	0,932
7A	Condições de trabalho no serviço (por ex., equipamentos, espaço, instalações, etc.) que proporcionam conforto?	9,28	,8255 4	0,617	0,932
8A	A disponibilidade de recursos humanos para poder desempenhar bem as suas funções?	9,43	,787	0,759	0,931
9A	A disponibilidade de recursos materiais para poder desempenhar bem as suas funções?	9,33	,982	0,765	0,930
10A	A oportunidade para participar em ações de formação e de se desenvolver pessoal e profissionalmente?	9,33	,805	0,596	0,932
11A	Apoio por parte do seu superior hierárquico, sobretudo, em momentos/situações difíceis?	9,38	,747	0,684	0,931
12A	O reconhecimento do seu desempenho profissional, por parte do seu Chefe e/ou Diretor de Serviço?	9,15	1,064	0,653	0,931
13A	O apoio por parte dos elementos da equipa, sobretudo, quando atravessa momentos/situações difíceis?	9,07	1,109	0,647	0,931
14A	A possibilidade de participar na conceção, planeamento, implementação e avaliação de procedimentos, normas ou outras atividades do serviço?	8,92	1,383	0,801	0,928
15A	A cooperação e a colaboração por parte dos diferentes grupos profissionais?	9,30	1,127	0,832	0,928
16A	Uma clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes grupos profissionais, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos?	9,12	1,360	0,727	0,930
17A	A possibilidade de poder participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do serviço?	8,94	1,122	0,744	0,930
18A	A confiança de que o seu papel e as suas competências são devidamente aceites pelos demais profissionais?	9,17	,942	0,768	0,930
19A	A sensibilidade para estabelecer contactos com as visitas e, se necessário, adaptar as regras do serviço às necessidades manifestadas?	9,23	1,245	0,352	0,935
20A	O sentimento de orgulho por integrar esta equipa de saúde?	9,23	1,202	0,447	0,934
21A	A prevenção de situações que possam provocar riscos de stresse no trabalho, por ex., sobrecarga de trabalho ou gestão inadequada de trabalho?	9,23	1,062	0,739	0,930

22A	A segurança de que a supervisão do trabalho é adequada e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência?	9,28	1,024	0,705	0,930
23A	A certeza de que o seu trabalho tem um conteúdo rico, variado e exigente, sem pôr em causa a sua saúde e bem-estar?	9,25	,992	0,788	0,929
24A	A oportunidade efetiva e concreta de prestar, aos utentes, verdadeiros cuidados integrados, continuados e personalizados?	9,51	,823	0,508	0,933
25A	A gestão adequada e flexível do seu tempo, tendo em conta as solicitações a que está sujeito (por ex. reuniões, turnos extraordinários ou descanso não planeado)?	9,38	,877	0,536	0,933
26A	A existência de um canal de comunicação (por ex.: email, quadro de parede, arquivos, reuniões ou outro)?	9,30	,977	0,651	0,931
27A	A realização de reuniões com uma periodicidade adequada às necessidades da unidade e dos seus diferentes grupos profissionais?	9,25	1,312	0,674	0,930
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>					<b>0,934</b>

No que se refere aos valores médios e respetivos desvios padrão das questões relativas à perceção das expectativas dos profissionais de saúde e à perceção da realidade atual, tendo em conta a opção B – Até que ponto existe?, conforme expostos na Tabela 5, constata-se que todos os itens se encontram bem centrados, uma vez que se situam acima do ponto médio da escala, sendo o mais baixo o item 17B “A possibilidade de poder participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do serviço?” ( $M=5.87$ ) e o item 20B “O sentimento de orgulho por integrar esta equipa de saúde?” ( $M=8.00$ ).

Ao observarem-se os coeficientes de correlação item total corrigido, o valor mais baixo foi registado no item 7B “Condições de trabalho no serviço (por ex., equipamentos, espaço, instalações, etc.) que proporcionam conforto?” ( $r=0.260$ ) e o mais elevado no item 15B “A cooperação e a colaboração por parte dos diferentes grupos profissionais?” ( $r=0.691$ ).

Os valores de alfa de Cronbach podem classificar-se de bons e muito bons, na medida em que oscilam entre  $\alpha=0.897$  e  $\alpha=0.904$  com um alfa global da escala de 0.903.

**Tabela 5 - Consistência interna dos itens da Escala das percepções das expectativas dos profissionais de saúde e percepção da realidade atual – B) Até que ponto existe?**

<b>Nº Item</b>	<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>dp</b>	<b>r/item total</b>	<b>α sem item</b>
1B	A autonomia no exercício das suas funções?	6,74	1,802	0,502	0,899
2B	A certeza de que está a desenvolver os seus conhecimentos e competências?	6,89	1,651	0,501	0,899
3B	Um elevado espírito de equipa entre as pessoas que trabalham nesta unidade, independentemente da sua profissão?	6,23	1,613	0,471	0,900
4B	A certeza de que o seu contributo é importante para a realização da missão e dos objetivos atribuídos a esta unidade?	7,38	1,532	0,423	0,901
5B	A oportunidade de ter, no seu local de trabalho, verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos?	6,84	1,662	0,287	0,903
6B	A confiança na capacidade de inovação e mudança de quem trabalha consigo?	6,23	1,512	0,409	0,901
7B	Condições de trabalho no serviço (por ex., equipamentos, espaço, instalações, etc.) que proporcionam conforto?	7,30	1,340	0,260	0,903
8B	A disponibilidade de recursos humanos para poder desempenhar bem as suas funções?	6,71	1,637	0,532	0,899
9B	A disponibilidade de recursos materiais para poder desempenhar bem as suas funções?	7,51	1,536	0,329	0,902
10B	A oportunidade para participar em ações de formação e de se desenvolver pessoal e profissionalmente?	6,76	1,677	0,417	0,901
11B	Apoio por parte do seu superior hierárquico, sobretudo, em momentos/situações difíceis?	7,46	1,789	0,538	0,899
12B	O reconhecimento do seu desempenho profissional, por parte do seu Chefe e/ou Diretor de Serviço?	7,02	1,754	0,495	0,899
13B	O apoio por parte dos elementos da equipa, sobretudo, quando atravessa momentos/situações difíceis?	6,97	1,856	0,511	0,899
14B	A possibilidade de participar na conceção, planeamento, implementação e avaliação de procedimentos, normas ou outras atividades do serviço?	6,43	1,874	0,484	0,900
15B	A cooperação e a colaboração por parte dos diferentes grupos profissionais?	6,33	1,643	0,691	0,896
16B	Uma clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes grupos profissionais, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos?	6,02	1,724	0,651	0,896
17B	A possibilidade de poder participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do serviço?	5,87	1,921	0,547	0,898
18B	A confiança de que o seu papel e as suas competências são devidamente aceites pelos demais profissionais?	6,64	1,613	0,688	0,896
19B	A sensibilidade para estabelecer contactos com as visitas e, se necessário, adaptar as regras do serviço às necessidades manifestadas?	7,30	1,749	0,548	0,898
20B	O sentimento de orgulho por integrar esta equipa de saúde?	8,00	1,468	0,485	0,900
21B	A prevenção de situações que possam provocar riscos de stresse no trabalho, por ex., sobrecarga de trabalho ou gestão inadequada de trabalho?	6,41	1,757	0,628	0,897
22B	A segurança de que a supervisão do trabalho é adequada e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência?	6,61	1,497	0,649	0,897
23B	A certeza de que o seu trabalho tem um conteúdo rico, variado e exigente, sem pôr em causa a sua saúde e bem-estar?	7,35	1,512	0,303	0,903
24B	A oportunidade efetiva e concreta de prestar, aos utentes, verdadeiros cuidados integrados, continuados e personalizados?	7,41	1,351	0,499	0,900

25B	A gestão adequada e flexível do seu tempo, tendo em conta as solicitações a que está sujeito (por ex. reuniões, turnos extraordinários ou descanso não planeado)?	6,61	1,981	0,412	0,901
26B	A existência de um canal de comunicação (por ex.: email, quadro de parede, arquivos, reuniões ou outro)?	7,58	2,009	0,317	0,904
27B	A realização de reuniões com uma periodicidade adequada às necessidades da unidade e dos seus diferentes grupos profissionais?	6,58	2,185	0,477	0,900
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>					<b>0,903</b>

### **Escala de opinião da percepção da realidade atual da Unidade**

Na **Parte IV** pede-se aos profissionais de saúde que pensem nas funções que desempenham atualmente na unidade de cuidados intensivos polivalente e na percepção da realidade atual. Trata-se de um conjunto de 16 questões, às quais os profissionais de saúde respondem indicando o valor que melhor traduz a sua opinião, considerando que 0 corresponde a “nada” e 10 corresponde ao ponto máximo, ou seja, tendo que responder “Até que ponto existe” cada uma das 16 questões presentes na escala.

### **Estudo da consistência da Escala**

Em relação aos valores médios e respetivos desvios padrão, como apresentado na Tabela 6, constata-se que as médias encontradas para a escala da percepção da realidade da Unidade de acordo com as funções que desempenha oscilam entre =5.71 no item 9 “Elementos na equipa que se apresentam frequentemente de mau humor, interferindo com o seu desempenho?” e =8.28 no item 14 “A convicção de que vale realmente a pena dar o seu melhor?”, podendo considerar-se que, na globalidade, estão bem centrados.

Ao observarem-se os coeficientes de correlação item total corrigido, o valor correlacional mais baixo recaiu no item 8 “A preocupação do cumprimento cuidadoso dos diferentes procedimentos por parte dos profissionais?”, com uma percentagem de variância explicada de 72.2%. O valor mais elevado corresponde ao item 7 “Elementos que se desculpam com os erros dos outros?” ( $r=0.551$ ), cuja variância explicada é de

81.6%. Os itens 8 e 12 deveriam excluir-se por não se enquadrarem nos valores de referência.

Os valores de alfa de Cronbach podem classificar-se de razoáveis, na medida em que oscilam entre  $\alpha=0.715$  e  $\alpha=0.765$  com um alfa global da escala de 0.751. classificado de razoável, de acordo com o sugerido por Pestana e Gageiro (2014).

**Tabela 6 - Consistência interna dos itens da Escala relativa à percepção da realidade da Unidade de acordo com a função que desempenha**

Nº Item	Itens	Média	dp	r/item total	r <sup>2</sup>	$\alpha$ sem item
1	A adequada proteção contra os riscos profissionais de natureza física, química e/ou biológica?	7,92	1,511	0,344	0,564	0,739
2	A utilização adequada dos diferentes materiais e equipamentos disponíveis?	7,69	1,417	0,234	0,727	0,747
3	Um lamento constante, sobre problemas pouco significativos para o bom funcionamento da unidade?	6,89	2,268	0,204	0,664	0,754
4	A sensação de que, por vezes, é gerada instabilidade na equipa através de mexericos e intrigas?	7,02	2,194	0,413	0,746	0,731
5	Elementos na equipa que são desleixados, que procuram "passar tarefas desagradáveis" para os outros?	6,20	2,166	0,402	0,827	0,732
6	A conversa frequente sobre assuntos que não estão relacionados com os interesses da unidade?	6,41	2,467	0,366	0,779	0,737
7	Elementos que se desculpam com os erros dos outros?	6,20	2,408	0,551	0,816	0,715
8	A preocupação do cumprimento cuidadoso dos diferentes procedimentos por parte dos profissionais?	7,56	1,651	-0,005	0,722	0,765
9	Elementos na equipa que se apresentam frequentemente de mau humor, interferindo com o seu desempenho?	5,71	2,151	0,543	0,798	0,717
10	A garantia de qualidade dos cuidados que são prestados aos utentes deste serviço?	8,02	1,038	0,382	0,650	0,740
11	A capacidade para lidar com os conflitos gerados no seio da equipa multidisciplinar?	6,76	1,580	0,455	0,876	0,730
12	A preocupação de reunir factos e colher informação antes de se emitir uma opinião ou atribuir responsabilidades sobre ocorrências menos boas?	6,48	1,789	0,117	0,788	0,757
13	A preocupação de estar presente nos eventos da unidade, mesmo não tendo colaborado na sua organização?	6,76	2,241	0,277	0,480	0,746
14	A convicção de que vale realmente a pena dar o seu melhor?	8,28	1,485	0,460	0,702	0,731
15	A oportunidade de desenvolver um projeto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que noutros serviços?	7,38	1,829	0,371	0,751	0,736
16	O seu empenho com as mudanças que, estão ou irão ser introduzidas na unidade, no que diz respeito à organização e funcionamento do serviço?	7,48	1,714	0,474	0,790	0,728
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>						<b>0,751</b>

A **Parte V** contém 2 questões, sendo uma de natureza aberta, na qual se pede aos profissionais de saúde que refiram dois aspetos considerados relevantes para

melhorar as condições de trabalho, o relacionamento ou outra vertente que considerassem importante para a unidade de cuidados intensivos polivalente. A segunda questão é fechada, na qual se solicita aos participantes que classifiquem a forma como se sentem atualmente ao trabalhar na unidade, colocando um círculo à volta do número correspondente, numa escala em que 0 corresponde a “Muito mal” e 10 a “Muitíssimo bem”.

Como nota final, ressalva-se que todo o questionário, à exceção da Escala de Inteligência Emocional de Rego e Fernandes (2005), foi elaborado com a colaboração da Diretora do Serviço e do Enfermeiro Chefe, partindo sempre da análise da realidade da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. O mesmo foi sujeito à avaliação por um “painel de peritos” constituído por uma Administradora Hospitalar, pela Diretora da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, por uma Psicóloga Clínica, um antigo Enfermeiro Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e por uma Enfermeira Chefe dos Cuidados de Saúde Primários.

Os “painéis de peritos” são, em geral, compostos por especialistas independentes reconhecidos nas áreas abrangidas pelo questionário avaliado, sendo normalmente vistos como um mecanismo para sintetizar a informação proveniente de uma série diversa de fontes, apresentando um conjunto de pontos de vista no sentido de chegar a conclusões generalizadas. Funciona com base em práticas de teor legal, cujos resultados se baseiam, *grosso modo*, na obtenção de um consenso relativamente às opiniões. Estes constituíram um meio para chegar a um juízo de valor sobre o questionário em questão e os seus efeitos, incorporando as principais informações disponíveis sobre os objetivos do trabalho, bem como uma grande quantidade de experiências prévias de cada perito. Deste modo, o “painel de peritos” pode ser encarado como um instrumento de avaliação na medida em que existe um procedimento estandardizado e reproduzível, orientando a sua constituição e conduzindo aos respetivos resultados.

Os peritos foram escolhidos de um modo equilibrado e imparcial, representando a heterogeneidade profissional, sendo especialistas independentes, tendo os mesmos feito uma leitura crítica de todas as questões presentes nas partes III, IV e V do questionário,

para que, assim, atingissem um consenso sobre as conclusões que a avaliação produziu. Importa referir que cada perito fez uma apreciação individual do questionário, tecendo as suas avaliações com indicação de algumas alterações, as quais foram consensuais a todos os elementos. Procedeu-se, seguidamente, às alterações de acordo com as sugestões propostas, tendo-se chegado ao questionário final.

### **3. Procedimento estatístico**

No que se refere ao tratamento estatístico recorreu-se a métodos da estatística descritiva. Os dados foram analisados com recurso ao programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 23.0 (2015) para *Windows*.

Quanto à estatística descritiva, foram utilizadas como medidas estatísticas as frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação), de acordo com as variáveis em estudo e medidas de associação como a correlação de Pearson.

O coeficiente de correlação de Pearson é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. Este coeficiente situa-se no intervalo  $(-1 < r < +1)$  e quanto mais próximo dos valores extremos mais forte a correlação (Pestana & Gageiro, 2014).

Foi também utilizado um teste paramétrico no intuito de estudar a relação entre variáveis, nomeadamente o Testes t de Student, usado para amostras independentes, ou seja, permite fazer a comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais (Pestana & Gageiro, 2014).

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso de tabelas, nas quais constam os dados mais relevantes. Omitiu-se, nas mesmas, a fonte, na medida em que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado. A

descrição e análise dos dados obedecem à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

## Capítulo 2 - Apresentação e análise dos resultados

---

### 1. Caracterização da amostra

Após tratamento estatístico, apresentam-se, neste capítulo, os dados obtidos e respetiva análise, a qual, segundo Fortin (2009), deve ser realizada de forma sintética para que se possa facilitar a sua visualização e consulta.

As estatísticas relativas à **idade** revelam que os profissionais de saúde apresentam uma idade mínima de 28 anos e uma máxima de 62 anos, ao que corresponde uma idade média de 43.54 anos com um desvio padrão de 8.33 anos.

Para os profissionais de saúde do género masculino, que representam 27.0% da totalidade da amostra, a idade mínima é de 33 anos e a máxima de 55 anos. Para os profissionais de saúde do género feminino, cuja representatividade é de 73.0% da amostra total, a idade mínima é 28 anos e a máxima 62 anos.

Os homens são, em média, mais velhos (  $\bar{x}=44.00$  anos  $\pm 7.055$  anos) que as mulheres (  $\bar{x}=43.37$  anos  $\pm 9.174$  anos). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada face às idades médias encontradas e os valores de assimetria e curtose uma distribuição normal.

No que respeita à **zona de residência**, a maioria dos profissionais da nossa amostra vive numa zona que dista do local de trabalho até 10 Km (87.2%), enquanto 25.8% residem a mais de 20 Km do local do trabalho e entre 10 a 20Km, tal como se verifica pela análise dos dados da Tabela 7.

**Tabela 7 – Distribuição da amostra em função da zona de residência**

Zona de residência	n	%
Até 10 Km do local de trabalho	34	87,2
Entre 10-≥20 Km do local de trabalho	5	12,8
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Em relação **ao grupo profissional**, a maioria dos profissionais de saúde são enfermeiros (59.0%), seguindo-se os médicos (17.9%), os assistentes operacionais (15.4%), estando em menor representatividade o assistente técnico (2.6%) e o técnico de diagnóstico e terapêutica (5.1%), conforme a Tabela 8.

**Tabela 8 – Distribuição da amostra em função do grupo profissional**

Grupo profissional	n	%
Assistente técnico	1	2,6
Assistente operacional	6	15,4
Enfermeiro	23	59,0
Médico	7	17,9
Técnico de diagnóstico e terapêutica	2	5,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Quanto ao **vínculo de contratação**, como exposto na Tabela 9, a maioria dos profissionais de saúde (69.2%) encontram-se em contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, seguindo-se os que estão em situação de contrato individual de trabalho (28.2%). Apenas um participante (2.6%) tem um vínculo de contratação no regime de trabalho em funções públicas a termo resolutivo.

**Tabela 9 – Distribuição da amostra em função do vínculo de contratação**

Vínculo de contratação	n	%
Contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado	27	69,2
Contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo	1	2,6
Contrato individual de trabalho	11	28,2
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

As estatísticas relativas **ao tempo de serviço na Unidade** mostram que os profissionais de saúde têm um mínimo de 0.50 meses de tempo de serviço na Unidade e um máximo de 18.16 anos de tempo de serviço na Unidade, ao que corresponde um tempo de serviço médio de 11.49 anos com um desvio padrão de 6.512 anos. Os

coeficientes de variação indicam uma dispersão alta face às idades encontradas (cf. Tabela 10).

**Tabela 10 – Estatísticas relativas ao tempo de serviço na Unidade**

	N	Min	Max	M	dp	CV (%)
<b>Tempo de serviço na Unidade</b>	39	0,50	18,16	11,49	6,512	56,67

Quanto ao facto de os profissionais de saúde **trabalharem noutras instituições, como segundo emprego**, constata-se que a maioria (76.9%) admite que não, contrariamente a 23.1% que responderam afirmativamente, como mostra a Tabela 11.

**Tabela 11 – Distribuição da amostra em função de trabalhar noutras instituições, como segundo emprego**

<b>Trabalhar noutras instituições, como segundo emprego</b>	n	%
Sim	9	23,1
Não	30	76,9
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

A análise dos dados relativos ao **horário de trabalho**, como apresentado na Tabela 12, revela que 94.7% dos profissionais de saúde trabalham a tempo integral, enquanto 5.3% trabalha a tempo parcial.

**Tabela 12 – Distribuição da amostra em função do horário de trabalho**

<b>Horário de trabalho</b>	n	%	% válida
A tempo integral	36	92,3	94,7
A tempo parcial	2	5,1	5,3
<i>Missing</i>	1	2,6	
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Verifica-se, pelos dados apresentados na Tabela 13, que a maioria dos profissionais de saúde pratica um *tipo de horário em roulement* (78.9%), enquanto 21.1% tem um tipo de trabalho fixo.

**Tabela 13 – Distribuição da amostra em função do tipo de trabalho**

<b>Tipo de trabalho</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>
Fixo	8	20,5	21,1
<i>Roulement</i>	30	76,9	78,9
<i>Missing</i>	1	2,6	
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>	<b>100,0</b>

## **2. Inteligência Emocional**

Como referido anteriormente, a **Inteligência Emocional** foi avaliada através de uma escala validada para população portuguesa por Rego e Fernandes (2005). Estes autores mencionam que a IE é constituída por seis subescalas que avaliam o *Autocontrolo face às críticas*, *Autocontrolo emocional*, *Auto encorajamento*, *Empatia*, *Compreensão das emoções dos outros* e *Compreensão das emoções dos próprios*.

Assim, de acordo com os resultados apurados e apresentados na Tabela 14, constata-se que o valor médio mais elevado, na ordenação decrescente das subescalas da IE, foi a subescala *Auto encorajamento* (78.91; dp=11.831), seguida da *Compreensão das emoções próprias* (76.49; dp.=12.838), *Empatia* (74.78%; dp=15.018), *Compreensão das emoções dos outros* (73.50; Dp=11.071), *Autocontrolo perante as críticas* (73.18; dp=14.802), sendo a subescala *Autocontrolo Emocional* a que tem um valor médio mais baixo (65.66; dp=17.928). A maior amplitude é encontrada no autocontrolo emocional (77.78) e a menor no auto encorajamento (50.0). Os valores de assimetria e curtose indiciam distribuições normais com ligeiro enviesamento à direita para o autocontrolo perante as críticas e os coeficientes de variação dispersão baixa no auto encorajamento e moderadas nos restantes fatores.

**Tabela 14 – Estatísticas relativas à Inteligência Emocional**

	N	Min	Max	M	dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Autocontrolo perante as críticas	39	29,17	100,00	73,18	14,802	20,22	-2,08	1,32
Empatia	39	27,78	94,44	74,78	15,018	20,08	-3,33	3,09
Compreensão das emoções próprias	39	44,44	100,00	76,49	12,838	16,78	-0,82	-0,57
Auto encorajamento	39	50,00	100,00	78,91	11,831	14,99	-1,02	0,07
Compreensão das emoções dos outros	39	50,00	94,44	73,50	11,071	15,06	0,27	-0,73
Autocontrolo emocional	39	22,22	100,00	65,66	17,928	27,30	-0,19	-0,35

### 3. Expetativas dos profissionais de saúde e perceção da realidade atual

As perceções das expetativas dos profissionais de saúde e perceção da realidade atual foram avaliadas, em primeiro lugar, através da questão A, que se refere à perceção das expetativas dos profissionais de saúde (desejos, valores, preferências), tendo os inquiridos que responder A - Até que ponto deveria existir?

A Tabela 15 contém os resultados da aplicação de um Teste T de Student, através dos quais se pode verificar a comparação de valores médios entre os indicadores de perceções das expetativas dos profissionais de saúde e perceção da realidade atual, tendo em conta as duas opções de respostas para as questões colocadas (A) Até que ponto deveria existir? e a B) Até que ponto existe?). Assim, registou-se que o valor médio mais elevado recaiu na opção de resposta Até que ponto deveria existir? ( $\bar{x}=91.50$ ,  $Dp.=6.733$ ), o que significa que existe uma disparidade entre o que os profissionais de saúde consideram que seria ideal existir na Unidade e o seu confronto com a realidade, ou seja, o que existe na realidade, onde se obteve uma média de 68.63 ( $Dp.=9.076$ ). Em todas as questões, em particular, se constatou que as médias mais elevadas são as correspondentes ao que os profissionais de saúde consideram que deveria existir na Unidade, resultando em relevância estatística para todas as questões ( $p=0.000$ ).

**Tabela 15 – Teste t de Student para os indicadores de percepções das expectativas dos profissionais de saúde e percepção da realidade atual: A) Até que ponto deveria existir? B) Até que ponto existe?**

		Média	dp	t	p
1A	A autonomia no exercício das suas funções?	8,43	1,252	6,148	0,000
1B	A autonomia no exercício das suas funções?	6,74	1,802		
2A	A certeza de que está a desenvolver os seus conhecimentos e competências?	8,76	1,111	6,568	0,000
2B	A certeza de que está a desenvolver os seus conhecimentos e competências?	6,89	1,651		
3A	Um elevado espírito de equipa entre as pessoas que trabalham nesta unidade, independentemente da sua profissão?	9,58	1,044	10,387	0,000
3B	Um elevado espírito de equipa entre as pessoas que trabalham nesta unidade, independentemente da sua profissão?	6,23	1,613		
4A	A certeza de que o seu contributo é importante para a realização da missão e dos objetivos atribuídos a esta unidade?	8,89	1,293	6,080	0,000
4B	A certeza de que o seu contributo é importante para a realização da missão e dos objetivos atribuídos a esta unidade?	7,38	1,532		
5A	A oportunidade de ter, no seu local de trabalho, verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos?	8,33	1,811	4,247	0,000
5B	A oportunidade de ter, no seu local de trabalho, verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos?	6,84	1,662		
6A	A confiança na capacidade de inovação e mudança de quem trabalha consigo?	8,84	0,987	9,634	0,000
6B	A confiança na capacidade de inovação e mudança de quem trabalha consigo?	6,23	1,512		
7A	Condições de trabalho no serviço (por ex., equipamentos, espaço, instalações, etc.) que proporcionam conforto?	9,28	0,825	7,490	0,000
7B	Condições de trabalho no serviço (por ex., equipamentos, espaço, instalações, etc.) que proporcionam conforto?	7,30	1,340		
8A	A disponibilidade de recursos humanos para poder desempenhar bem as suas funções?	9,43	0,787	8,976	0,000
8B	A disponibilidade de recursos humanos para poder desempenhar bem as suas funções?	6,71	1,637		
9A	A disponibilidade de recursos materiais para poder desempenhar bem as suas funções?	9,33	0,982	7,398	0,000
9B	A disponibilidade de recursos materiais para poder desempenhar bem as suas funções?	7,51	1,536		
10A	A oportunidade para participar em ações de formação e de se desenvolver pessoal e profissionalmente?	9,33	0,805	9,262	0,000
10B	A oportunidade para participar em ações de formação e de se desenvolver pessoal e profissionalmente?	6,76	1,677		
11A	Apoio por parte do seu superior hierárquico, sobretudo, em momentos/situações difíceis?	9,38	0,747	6,285	0,000
11B	Apoio por parte do seu superior hierárquico, sobretudo, em momentos/situações difíceis?	7,46	1,789		
12A	O reconhecimento do seu desempenho profissional, por parte do seu Chefe e/ou Diretor de Serviço?	9,15	1,064	6,511	0,000
12B	O reconhecimento do seu desempenho profissional, por parte do seu Chefe e/ou Diretor de Serviço?	7,02	1,754		
13A	O apoio por parte dos elementos da equipa, sobretudo, quando atravessa momentos/situações difíceis?	9,07	1,109	6,951	0,000
13B	O apoio por parte dos elementos da equipa, sobretudo, quando atravessa momentos/situações difíceis?	6,97	1,856		
14A	A possibilidade de participar na conceção, planeamento, implementação e avaliação de procedimentos, normas ou outras atividades do serviço?	8,92	1,383	8,978	0,000
14B	A possibilidade de participar na conceção, planeamento, implementação e avaliação de procedimentos, normas ou outras atividades do serviço?	6,43	1,874		

15A	A cooperação e a colaboração por parte dos diferentes grupos profissionais?	9,30	1,127	10,162	0,000
15B	A cooperação e a colaboração por parte dos diferentes grupos profissionais?	6,33	1,643		
16A	Uma clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes grupos profissionais, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos?	9,12	1,360	10,832	0,000
16B	Uma clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes grupos profissionais, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos?	6,02	1,724		
17A	A possibilidade de poder participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do serviço?	8,94	1,122	10,962	0,000
17B	A possibilidade de poder participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do serviço?	5,87	1,921		
18A	A confiança de que o seu papel e as suas competências são devidamente aceites pelos demais profissionais?	9,17	0,942	8,581	0,000
18B	A confiança de que o seu papel e as suas competências são devidamente aceites pelos demais profissionais?	6,64	1,613		
19A	A sensibilidade para estabelecer contactos com as visitas e, se necessário, adaptar as regras do serviço às necessidades manifestadas?	9,23	1,245	7,948	0,000
19B	A sensibilidade para estabelecer contactos com as visitas e, se necessário, adaptar as regras do serviço às necessidades manifestadas?	7,30	1,749		
20A	O sentimento de orgulho por integrar esta equipa de saúde?	9,23	1,202	5,333	0,000
20B	O sentimento de orgulho por integrar esta equipa de saúde?	8,00	1,468		
21A	A prevenção de situações que possam provocar riscos de stresse no trabalho, por ex., sobrecarga de trabalho ou gestão inadequada de trabalho?	9,23	1,062	9,319	0,000
21B	A prevenção de situações que possam provocar riscos de stresse no trabalho, por ex., sobrecarga de trabalho ou gestão inadequada de trabalho?	6,41	1,757		
22A	A segurança de que a supervisão do trabalho é adequada e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência?	9,28	1,024	10,664	0,000
22B	A segurança de que a supervisão do trabalho é adequada e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência?	6,61	1,497		
23A	A certeza de que o seu trabalho tem um conteúdo rico, variado e exigente, sem pôr em causa a sua saúde e bem-estar?	9,25	0,992	7,177	0,000
23B	A certeza de que o seu trabalho tem um conteúdo rico, variado e exigente, sem pôr em causa a sua saúde e bem-estar?	7,35	1,512		
24A	A oportunidade efetiva e concreta de prestar, aos utentes, verdadeiros cuidados integrados, continuados e personalizados?	9,51	0,823	9,073	0,000
24B	A oportunidade efetiva e concreta de prestar, aos utentes, verdadeiros cuidados integrados, continuados e personalizados?	7,41	1,351		
25A	A gestão adequada e flexível do seu tempo, tendo em conta as solicitações a que está sujeito (por ex. reuniões, turnos extraordinários ou descanso não planeado)?	9,38	0,877	7,675	0,000
25B	A gestão adequada e flexível do seu tempo, tendo em conta as solicitações a que está sujeito (por ex. reuniões, turnos extraordinários ou descanso não planeado)?	6,61	1,981		
26A	A existência de um canal de comunicação (por ex.: email, quadro de parede, arquivos, reuniões ou outro)?	9,30	0,977	5,074	0,000

26B	A existência de um canal de comunicação (por ex.: email, quadro de parede, arquivos, reuniões ou outro)?	7,58	2,009		
27A	A realização de reuniões com uma periodicidade adequada às necessidades da unidade e dos seus diferentes grupos profissionais?	9,25	1,312	6,484	0,000
27B	A realização de reuniões com uma periodicidade adequada às necessidades da unidade e dos seus diferentes grupos profissionais?	6,58	2,185		
	<b>Total A) Até que ponto deveria existir?</b>	<b>91,50</b>	<b>6,733</b>	13,458	0,000
	<b>Total B) Até que ponto existe?</b>	<b>68,63</b>	<b>9,076</b>		

#### 4. Perceção da realidade da Unidade de acordo com a função que desempenha

Na Parte IV do questionário, como referido anteriormente, solicitou-se aos profissionais de saúde que pensassem nas funções que desempenham atualmente na unidade de cuidados intensivos polivalente e na perceção da realidade atual, de modo a que pudessem expressar a sua opinião, considerando que 0 corresponde a “nada” e 10 corresponde ao ponto máximo, ou seja, tendo que responder “Até que ponto existe” cada uma das 16 questões presentes na escala.

Os resultados obtidos, através da aplicação do Teste Binomial com um ponto de corte  $\leq 5$  e  $>5$  e uma probabilidade de 50% de existir cada questão colocada, como apresentado na Tabela 16, revelam que em todas as questões se obteve uma probabilidade acima dos 50.0%, com destaque para as questões 8 (“A preocupação do cumprimento cuidadoso dos diferentes procedimentos por parte dos profissionais?”), 10 (“A garantia de qualidade dos cuidados que são prestados aos utentes deste serviço?”) e 14 (“A convicção de que vale realmente a pena dar o seu melhor?”), onde se verifica uma probabilidade de 95.0% dos profissionais de saúde a considerarem a possibilidade das referidas situações existirem, estando muito próximas do ponto máximo da escala. Salienta-se que na questão 9, apesar de se ter obtido uma probabilidade de 59.0% dos profissionais de saúde a considerarem que existem elementos na equipa que se apresentam frequentemente de mau humor, interferindo com o seu desempenho, constata-se que 41.0% pondera a sua inexistência. Outra situação expressiva refere-se ao facto de na questão 7 haver uma probabilidade de 38.0% dos inquiridos não considerarem que existem elementos na Unidade que se desculpa com os erros dos

outros, enquanto 62.0% pondera precisamente o contrário, ou seja, para estes, há elementos na Unidade que se desculpam com os erros dos outros. Considera-se também relevante o percentual registado na questão 6, onde 33.0% dos profissionais de saúde consideram que ocorrem situações em que a conversa frequente é sobre assuntos que não estão relacionados com os interesses da Unidade, enquanto 67.0% não pondera esta ocorrência. Os dados indicam também que há 90.0% de inquiridos a considerarem que existe a utilização adequada dos diferentes materiais e equipamentos disponíveis na Unidade. Outra probabilidade forte refere-se à presença da adequada proteção contra os riscos profissionais de natureza física, química e/ou biológica, o que se traduz num consenso por parte de 92.0% dos profissionais de saúde, havendo apenas 8.0% que pensa o contrário. Também em relação à questão 16, se regista uma probabilidade de 90.0% dos participantes considerarem que estão empenhados face às mudanças que estão ou irão ser introduzidas na unidade, no que diz respeito à organização e funcionamento do serviço.

**Tabela 16 - Indicadores da percepção da realidade da Unidade de acordo com a função que desempenha**

		≤5		≥ 5	
		n	%	n	%
1	A adequada proteção contra os riscos profissionais de natureza física, química e/ou biológica?	3	8,0	36	92,0
2	A utilização adequada dos diferentes materiais e equipamentos disponíveis?	4	10,0	35	90,0
3	Um lamento constante, sobre problemas pouco significativos para o bom funcionamento da unidade?	7	18,0	32	82,0
4	A sensação de que, por vezes, é gerada instabilidade na equipa através de mexericos e intrigas?	10	26,0	29	74,0
5	Elementos na equipa que são desleixados, que procuram "passar tarefas desagradáveis" para os outros?	12	31,0	27	69,0
6	A conversa frequente sobre assuntos que não estão relacionados com os interesses da unidade?	13	33,0	26	67,0
7	Elementos que se desculpem com os erros dos outros?	15	38,0	24	62,0
8	A preocupação do cumprimento cuidadoso dos diferentes procedimentos por parte dos profissionais?	2	5,0	37	95,0
9	Elementos na equipa que se apresentam frequentemente de mau humor, interferindo com o seu desempenho?	16	41,0	23	59,0
10	A garantia de qualidade dos cuidados que são prestados aos utentes deste serviço?	2	5,0	37	95,0
11	A capacidade para lidar com os conflitos gerados no seio da equipa multidisciplinar?	7	18,0	32	82,0
12	A preocupação de reunir factos e colher informação antes de se emitir uma opinião ou atribuir responsabilidades sobre ocorrências menos boas?	10	26,0	29	74,0
13	A preocupação de estar presente nos eventos da unidade, mesmo não tendo colaborado na sua organização?	9	23,0	30	77,0
14	A convicção de que vale realmente a pena dar o seu melhor?	2	5,0	37	95,0
15	A oportunidade de desenvolver um projeto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que noutros serviços?	3	15,0	33	85,0
16	O seu empenho com as mudanças que, estão ou irão ser introduzidas na unidade, no que diz respeito à organização e funcionamento do serviço?	4	10,0	35	90,0

## 5. Aspectos considerados relevantes para melhorar as condições de trabalho, o relacionamento ou outra vertente

A Parte V continha uma questão de natureza aberta, na qual se pedia aos profissionais de saúde que referissem dois aspectos considerados relevantes para melhorar as condições de trabalho, o relacionamento ou outra vertente que considerassem importante para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Começa-se por referir que 6 profissionais de saúde não propuseram qualquer sugestão. Das várias sugestões apontadas, as que mais consenso reuniram foram: a clara definição de competências e responsabilidades (n=30), a existência de um canal de comunicação (n=28), a existência de formação obrigatória sobre comportamentos corretos na Unidade (n=11), maior autonomia na elaboração de horários/gestão de horas (n=8), a implementação do sistema de qualidade dos cuidados de saúde (n=4) e bom humor/tolerância (n=3) (cf. Tabela 17).

**Tabela 17 - Aspectos considerados relevantes para melhorar as condições de trabalho, o relacionamento ou outra vertente**

Sugestões	n
Clara definição de competências e responsabilidades	30
Existência de um canal de comunicação	28
Formação obrigatória sobre comportamentos corretos na unidade	11
Maior autonomia na elaboração de horários/Gestão de horas	8
Implementação do sistema de qualidade dos cuidados de saúde	4
Bom humor/ tolerância	3
Convívios informais, tornando mais forte o espírito de equipa	2
Melhorar gestão de recursos materiais (evitar desperdício)	2
Melhorar a capacidade individual de autocritica	1
Corrigir barreiras físicas	1
Recursos humanos mais diversificados	1
Ampliar atuação/responsabilidade da unidade (ex: emergência interna/sala emergência)	1
Curso Gestão de stresse em cuidados intensivos	1
<b>Total</b>	<b>93</b>

## 6. Forma como se sentem os profissionais de saúde atualmente ao trabalharem na Unidade

Pediu-se, ainda, na parte V, aos profissionais de saúde que classificassem a forma como se sentem atualmente a trabalhar na unidade, colocando um círculo à volta do número correspondente, numa escala em que 0 corresponde a “Muito mal” e 10 a “Muitíssimo bem”. Constatou-se que as percentagens mais elevadas recaíram nos pontos mais altos da escala, nomeadamente 33.0% dos profissionais de saúde inserem-nos na valoração equivalente ao 10, 23.0% ao ponto 9 da escala e 18.0% inserem-se no ponto 8, o que corresponde, *grosso modo*, ao sentirem-se muito e muitíssimo bem a trabalhar na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, tendo apenas dois participantes (3.0%), demonstrado que não se sentem bem a trabalhar na referida Unidade (cf. Tabela 18).

**Tabela 18 - Forma como se sentem os profissionais de saúde atualmente ao trabalharem na Unidade**

Muito mal 0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		Muitíssimo bem 10		Total	
n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.0	1	3.0	3	7.0	5	13.0	7	18.0	9	23.0	13	33.0	39	100.0

## Capítulo 3 - Discussão dos resultados

---

### 1. Discussão dos resultados

Apresenta-se, neste capítulo, a discussão dos resultados que se consideram mais relevantes, fazendo uma reflexão crítica dos mesmos, tendo em conta o enquadramento teórico de referência. Como se trata de um tema ainda pouco explorado em termos de organizações de saúde, encontraram-se alguns constrangimentos na comparação com outros resultados, contudo pretende evidenciar-se os resultados conseguidos.

Os resultados obtidos no presente estudo permitiram traçar um perfil sociodemográfico e profissional dos seus participantes. Assim, refere-se que a amostra é maioritariamente feminina (73.0%), com uma média de idades de 43.37 anos (dp=9,174). Estes resultados estão em conformidade com os alcançados por Ascensão (2010), na medida em que, no seu estudo realizado numa unidade de cuidados intensivos polivalente, verificou que a sua amostra era predominantemente feminina, com idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos. Corroboram-se os dados do Instituto Nacional de Estatística (2015), segundo os quais, em 2013, estavam registados na Ordem dos Enfermeiros 81,7% de enfermeiras.

O presente estudo tem como foco o Comportamento Organizacional numa UCIP, lembrando que as organizações de saúde são constituídas por pessoas que trabalham em cooperação, de uma forma estruturada, para atingirem objetivos comuns, que um profissional de saúde isoladamente não conseguiria alcançar. No entanto, as organizações de saúde impõem uma lógica particular aos seus profissionais, orientando os seus comportamentos, as suas decisões e as suas relações de interdependência. Sabendo-se que não existem duas organizações iguais, cada organização de saúde será única, resultado de diversos contextos e condicionalismos internos e externos, criando um conjunto de atributos suscetíveis de perceberem e que a distinguirá das demais (Chambel & Curral, 2008). Estes mesmos autores também referem que há uma multiplicidade de

abordagens no estudo da própria organização, sendo uma das vias de estudo o seu comportamento organizacional.

Neste sentido, procurou-se conhecer a forma como os profissionais de saúde da unidade de cuidados intensivos polivalente em estudo gerem as suas emoções, tendo-se verificado que o valor médio mais elevado, na ordenação decrescente das subescalas da IE, foi o *Auto encorajamento* (78.91; dp=11.831), sendo este também o que possui a menor amplitude (50.0), e o valor médio mais baixo no *Autocontrolo Emocional* (65.66; dp=17.928), com a maior amplitude (77.78) de variação. Estes resultados poderão ser justificados com a característica da atividade desenvolvida, quer pela sua intensidade e especificidade, quer pela exigência de conhecimentos e práticas, pois em causa está um valor superior, o sofrimento do doente e da família e, em extremo, a sua vida, o que poderá explicar o valor obtido no *autocontrolo emocional*. Goleman (2009) defende que a autoconsciência emocional, a par da autoavaliação que a complementa, implica a noção real dos próprios recursos, forças e fraquezas. O contexto em que se trabalha influencia o comportamento e as atitudes dos profissionais de saúde, sendo uma unidade de cuidados intensivos polivalente um serviço de ponta, cria-lhes a destreza de refletirem sobre si e sobre as suas emoções, desenvolvendo-lhes a capacidade de auto encorajamento.

Como referido na fundamentação teórica, as organizações de saúde também dependem das interações, dos comportamentos e das funções desempenhadas pelos seus membros (Chambel & Curral 2008). Os autores referem ainda que uma das formas de estudo das organizações é o comportamento organizacional que tem implícito o tipo de organização, a sua atividade e a evolução da mesma, a visão e a missão pretendidas.

Os profissionais de saúde possuem um comportamento organizacional dependente, entre outros aspetos, da satisfação no trabalho, o que tem implícito o clima e a cultura organizacional. Ferreira (2005) refere que a satisfação em relação ao trabalho tem sido apontada como variável preditora do comportamento organizacional dos profissionais de saúde.

Neste contexto, tentou perceber-se a opinião dos profissionais de saúde, as suas expectativas *versus* a realidade atual numa unidade de cuidados intensivos

polivalente, o que levou a observar, através da escala aplicada, alguns comportamentos e sentimentos, comparando valores médios entre os indicadores de percepções das expectativas e percepção da realidade atual. O valor médio mais elevado recaiu na opção de resposta Até que ponto deveria existir? ( $\bar{x}=91.50$ ,  $dp=6.733$ ), o que significa que existe uma disparidade entre o que os profissionais de saúde consideram que seria ideal existir na Unidade e o seu confronto com a realidade, ou seja, o que na realidade existe, onde se obteve uma média de 68.63 ( $dp=9.076$ ). Em cada questão, em particular, se constatou este facto, resultando em relevância estatística para todas as questões ( $p=0.000$ ).

Considera-se importante descrever os aspetos em que os inquiridos manifestam maior discrepância, o que pode sugerir áreas de maior conflito ou insatisfação, nomeadamente: elevado espírito de equipa entre as pessoas que trabalham na unidade, independentemente da profissão (3A)  $\bar{x}=9.58$ ;  $dp=1.044$  vs. 3B)  $\bar{x}=6.23$ ;  $dp=1.613$ ); a confiança na capacidade de inovação e mudança da equipa de trabalho (6A)  $\bar{x}=8.84$ ;  $dp=0.987$  vs. 6B)  $\bar{x}=6.23$ ;  $dp=1.512$ ); a disponibilidade de recursos humanos para poderem desempenhar bem as suas funções (8A)  $\bar{x}=9.43$ ;  $dp=0.787$  vs. 8B)  $\bar{x}=6.71$ ;  $dp=1.637$ ); a oportunidade para participar em ações de formação e de se desenvolver pessoal e profissionalmente (10A)  $\bar{x}=9.33$ ;  $dp=0.805$  vs. 10B)  $\bar{x}=6.76$ ;  $dp=1.677$ ); a possibilidade de participar na conceção, planeamento, implementação e avaliação de procedimentos, normas ou outras atividades do serviço (14A)  $\bar{x}=8.92$ ;  $dp=1.383$  vs. 14B)  $\bar{x}=6.43$ ;  $dp=1.874$ ); a cooperação e a colaboração por parte dos diferentes grupos profissionais (15A)  $\bar{x}=9.30$ ;  $dp=1.127$  vs. 15B)  $\bar{x}=6.33$ ;  $dp=1.643$ ); uma clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes grupos profissionais, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos (16A)  $\bar{x}=9.12$ ;  $dp=1.360$  vs. 16B)  $\bar{x}=6.02$ ;  $dp=1.724$ ); a possibilidade de poder participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do serviço (17A)  $\bar{x}=8.94$ ;  $dp=1.122$  vs. 17B)  $\bar{x}=5.87$ ;  $dp=1.921$ ); a prevenção de situações que possam provocar riscos de stresse no trabalho, por ex., sobrecarga de trabalho ou gestão inadequada de trabalho (21A)  $\bar{x}=9.23$ ;  $dp=1.062$  vs. 21B)  $\bar{x}=6.41$ ;  $dp=1.757$ ); a segurança de que a supervisão do trabalho é adequada e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência (22A)  $\bar{x}=9.28$ ;  $dp=1.024$  vs. 22B)  $\bar{x}=6.61$ ;  $dp=1.497$ ); a

oportunidade efetiva e concreta de prestar aos utentes verdadeiros cuidados integrados, continuados e personalizados (24A)  $\bar{x}=9.51$ ;  $dp=0.823$  vs. 24B)  $\bar{x}=7.41$ ;  $dp=1.351$ ). Em todas estas situações existe diferença significativa em termos de valores médios, sugerindo que os profissionais de saúde consideram que a realidade não corresponde às suas expectativas.

Neste contexto, faz-se referência ao estudo de Silva (2008) que demonstra que os profissionais de saúde a exercer numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente relatam a sobrecarga de trabalho, o que resulta em fatores geradores de stresse, com implicações no comportamento organizacional. O mesmo autor verificou que os profissionais de saúde sugerem a necessidade de um maior reconhecimento do seu desempenho profissional por parte dos órgãos de gestão, estabelecimento de mais redes de comunicação e diálogo entre os órgãos de gestão e os profissionais, supervisão adequada e assente na abertura, no apoio, no conhecimento, na inovação e numa atitude construtiva, bem como a compreensão e o reconhecimento do seu trabalho pelos outros profissionais da equipa.

Refere-se também, numa perspetiva integradora, que a relação entre a satisfação do trabalhador e o desempenho individual e da organização emerge quando, num processo psicológico, a pessoa, satisfeita e motivada, aloca os seus recursos pessoais para alcançar os objetivos organizacionais, determinando a efetividade, a qualidade e a produtividade da organização (Biscaia, 2007). Assim, no caso das organizações de saúde, o facto de os cuidados prestados estarem intrinsecamente dependentes dos recursos humanos, a qualidade dos serviços, a eficiência e a equidade assumem-se como características mediadas pela determinação de cada profissional de saúde em empenhar-se nas suas funções. Deste modo, o comportamento organizacional dependente da motivação e satisfação em relação ao trabalho e às condições do mesmo (Biscaia, 2007). Todavia, verificou-se que a maioria dos profissionais de saúde sentem-se muito e muitíssimo bem a trabalhar na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. A satisfação em relação ao trabalho é considerada como um fenómeno complexo, residindo uma parte dessa complexidade do facto de a satisfação no trabalho ser um estado subjetivo, a qual varia de pessoa a pessoa, de circunstância para circunstância, estando, inclusive, a

pessoa sujeita a influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho imediato. Por outro lado, a realização pessoal e o desempenho organizacional assumem-se como variáveis que vão ao encontro do desenvolvimento pessoal e da autoestima do profissional de saúde (Silva, 2008).

Ainda neste contexto, e em relação à percepção da realidade manifestada pelos profissionais inquiridos, constatou-se que todas as respostas se situaram acima dos 50%, tendo em conta os resultados do Teste Binomial, salientando-se que os valores mais baixos, apesar de significativos, referem-se a aspetos que podem interferir negativamente no comportamento organizacional, como: os lamentos constantes sobre problemas pouco significativos para o bom funcionamento da unidade (82.0%); sensação de que, por vezes, é gerada instabilidade na equipa através de mexericos e intrigas (74.0%); elementos na equipa que são desleixados, que procuram "passar tarefas desagradáveis" para os outros (69.0%); a conversa frequente sobre assuntos que não estão relacionados com os interesses da unidade (67.0%); elementos que se desculpam com os erros dos outros (62.0%); elementos na equipa que se apresentam frequentemente de mau humor, interferindo com o seu desempenho (59.9%) e a preocupação em reunir factos e colher informação antes de se emitir uma opinião ou atribuir responsabilidades sobre ocorrências menos boas (74.0%). De salientar, no entanto, que 95.0% dos inquiridos têm a convicção de que vale realmente a pena dar o seu melhor, a garantia de qualidade dos cuidados prestados aos utentes do serviço e a preocupação do cumprimento cuidadoso dos diferentes procedimentos; 92.0% considera existir uma adequada proteção contra os riscos profissionais de natureza física, química e/ou biológica; 90.0% dos profissionais de saúde pensam existir uma utilização adequada dos diferentes materiais e equipamentos disponíveis e que estão empenhados, com as mudanças que estão ou irão ser introduzidas na unidade no que diz respeito à organização e funcionamento do serviço.

Quando solicitado aos inquiridos que referissem dois aspetos considerados relevantes para melhorar as condições de trabalho, o relacionamento ou outra vertente, obtivemos resultados que preenchem vários aspetos do funcionamento e organização da unidade, focando alguns deles uma área não aprofundada no trabalho, a liderança. No

entanto, como o Serviço sofreu, recentemente, alterações ao nível da chefia, devido à reforma do Diretor de Serviço e do Enfermeiro Chefe, não é um objetivo do trabalho estudar questões de liderança, não pelo facto de não se valorizar este aspeto, mas porque o Serviço se propõe novas mudanças e inovações, com novos projetos em vista.

A clara definição de competências e responsabilidades (n=30) foi a sugestão que reuniu mais consenso, sugerindo que trabalhar numa unidade de cuidados intensivos implica, obrigatoriamente, a capacidade de assegurar todos os cuidados necessários ao doente, daí chamar-se polivalente, requerendo um trabalho sincronizado de várias equipas ou grupos profissionais. Pode pensar-se que este problema irá sempre fazer parte das organizações, ajudá-las a crescer e a otimizarem-se e que os bons profissionais têm essa perceção. Neste contexto, refere-se que a implementação do Manual de Qualidade, segundo as normas ISSO, é um projeto em desenvolvimento, abraçado pela Diretora, pelo Enfermeiro Chefe e pelo membro dinamizador da qualidade e gestão de risco, já em fase de autorização institucional. A existência de protocolos/procedimentos e outras normas de serviço tem por objetivo garantir a qualidade do serviço e definir e uniformizar formas de agir, no entanto, haverá sempre situações que podem gerar conflito. Neste sentido, Ribeiro (2008) refere que a negociação e a mediação de competências e saberes podem gerar conflito. O autor defende a posição de se aproveitar o conflito como um acontecimento da organização, não como uma ameaça mas como algo que deve ser adequadamente gerido, constituindo uma oportunidade de desenvolvimento e crescimento individual, grupal e organizacional. Le Boterf (2006) fala de profissionais competentes, como sendo aqueles que são capazes de agir com pertinência numa dada situação, que compreendem, identicamente, o porquê e o como agir, o que requer que os mesmos possuam uma dupla compreensão, a da situação sobre a qual intervém e a forma como o faz, uma condição *sine qua non* para poder melhorar as suas práticas profissionais.

Em segundo lugar, surgiu a existência de um canal de comunicação (n=28). Neste âmbito, refere-se que a comunicação é um dos pilares do funcionamento da organização, uma vez que as sinergias, entropias ou bloqueadores do sistema organizacional dependem significativamente de sistemas de comunicação eficientes e funcionais ou

ineficientes e disfuncionais. Ribeiro (2008) refere que o clima organizacional tem no topo uma boa rede de comunicação.

De referir que houve profissionais de saúde a sugerirem: a existência de formação obrigatória sobre comportamentos corretos na Unidade (n=11), maior autonomia na elaboração de horários/gestão de horas (n=8), a implementação do sistema de qualidade dos cuidados de saúde (n=4) e bom humor/tolerância (n=3).

Estas sugestões demonstram que o comportamento organizacional, na ótica dos profissionais de saúde, abarca múltiplas facetas vivenciadas pelos mesmos dentro de um contexto social particular, como é uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Pode dizer-se que estas propostas poderão ajudar a criar um ambiente mais positivo, conduzindo a um espaço organizacional facilitador de prestação de cuidados de qualidade. Não significa que as sugestões dos participantes sejam demonstrativas de que a estrutura organizacional e funcional da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, com os seus recursos materiais e humanos, não seja capaz de se constituir como um fator motivante para o exercício de funções na mesma, pois, como se constatou, a grande maioria dos profissionais de saúde apontaram para uma probabilidade de estarem muitíssimo bem a trabalhar na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes. É relevante salientar-se que as características e as ações individuais têm um impacto no funcionamento e na eficácia das organizações, pois, como referem Cunha, Rego e Lopes (2013), no que respeita à construção da positividade organizacional, há três fatores importantes, nomeadamente: as virtudes, os traços e os estados psicológicos positivos dos trabalhadores, que são a unidade mais elementar de criação de positividade em contexto organizacional.

Antes de se dar por terminada esta discussão dos resultados, é importante salientar que as organizações dicotomicamente possuem aspetos positivos e negativos. Como tal, conhecer e dinamizar os caminhos que geram a positividade do comportamento organizacional assume-se relevante. Contudo, conhecer e inibir os caminhos que geram a negatividade assume-se também como importante, na medida em que os aspetos negativos fazem parte da vida organizacional. Porém, a atuação de cada elemento que constitui uma organização contra os fatores marcadamente negativos

assume-se como uma responsabilidade coletiva, sendo esta *nuance* um reflexo de um comportamento organizacional coeso. A literatura sobre o comportamento organizacional alega que o empenhamento organizacional tem sido usado para situar a ligação de um indivíduo com a organização em que trabalha, o que requer a aceitação de metas e valores da mesma, aliado à vontade de desempenhar um esforço pela organização, resultando num forte desejo de permanecer na mesma (Ferreira, 2005). Ainda em consonância com o autor citado, o comportamento organizacional pode ser conceptualizado como uma atitude, um empenhamento, perspetivando-se um comportamento que inclui a gestão de emoções por parte dos profissionais.

Os resultados obtidos demonstram que o comportamento organizacional abrange a motivação, o comportamento, a comunicação interpessoal, a estrutura e os processos de grupos, aprendizagem, desenvolvimento de atitudes, processos de mudanças, conflitos e planeamento do trabalho (Robbins, 2005).

## Conclusões, limitações do estudo e sugestões

---

O propósito deste estudo era conhecer a forma como os profissionais de saúde de uma unidade de cuidados intensivos polivalente gerem as suas emoções; identificar a sua opinião sobre a realidade na unidade de cuidados intensivos polivalente e as suas expectativas; identificar a sua opinião sobre os aspetos mais importantes para melhorar as condições de trabalho, na unidade de cuidados intensivos polivalente.

Tendo por base estes objetivos, apresenta-se de seguida uma síntese dos resultados obtidos, algumas limitações do estudo e, ainda, algumas sugestões.

A estratégia metodológica desenhada para esta investigação teve em conta o tipo de estudo, as questões de investigação, os objetivos e o tipo de amostra, elegendo-se como instrumentos de recolha de dados o questionário de autorresposta. Considera-se que a utilização do questionário de autorresposta, aplicado aos 39 profissionais de saúde de uma unidade de cuidados intensivos polivalente, foi o mais adequado, uma vez que permitiu examinar, num curto espaço de tempo, um significativo número de participantes. Em relação ao instrumento de recolha de dados utilizado surgem sempre limitações relacionadas com o facto de os resultados dependerem da honestidade e da sinceridade dos respondentes, uma vez que as suas respostas, por norma, são dirigidas mais a condutas desejáveis e não tanto às que na realidade ocorrem.

Amostra maioritariamente feminina (73.0%), com uma média de idades de 43.37 anos ( $dp=9,174$ ), sendo o grupo profissional mais representado o dos enfermeiros, com a maioria dos profissionais em regime de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, com uma média de 11.49 anos de serviço na unidade, correspondendo ao tempo de funcionamento da unidade em estudo.

Concluiu-se que, ao nível da forma como os profissionais de saúde da unidade de cuidados intensivos polivalente em estudo gerem as suas emoções, sobressaiu, em termos médios, o *Auto encorajamento*, sendo o valor médio mais baixo no *Autocontrolo Emocional*.

Quanto à opinião dos profissionais de saúde, as suas expectativas *versus* a realidade atual na Unidade, os resultados revelam que existe uma disparidade entre o que estes consideram que seria ideal existir na Unidade e o seu confronto com a realidade, ou seja, o que existe na realidade. Registaram-se diferenças significativas em termos de valores médios, indicativo de que os profissionais de saúde consideram que a realidade não corresponde às suas expectativas.

Verificou-se que os profissionais de saúde consideram relevantes, para melhorar as condições de trabalho, o relacionamento ou outra vertente, a clara definição de competências e responsabilidades (n=30), a existência de um canal de comunicação (n=28), a existência de formação obrigatória sobre comportamentos corretos na Unidade (n=11), maior autonomia na elaboração de horários/gestão de horas (n=8), a implementação do sistema de qualidade dos cuidados de saúde (n=4) e bom humor/tolerância (n=3).

Constatou-se que a grande maioria dos profissionais de saúde apontaram para uma probabilidade de se sentirem muitíssimo bem a trabalhar na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes.

O presente estudo empírico enquadrou-se no tipo de pesquisa com características dos estudos descritivos, assumindo-se também como um estudo em corte transversal, contudo, todas as medições foram realizadas num único “momento”, sem que existisse um período de seguimento dos respondentes. Este tipo de estudo apresenta algumas vantagens, particularmente por ser mais rápido, mais barato, mais fácil em termos logísticos e de não se apresentar sensível a problemas, nomeadamente às perdas de seguimento, sendo esta uma característica dos estudos longitudinais. Porém, considera-se que o tipo de estudo empírico seguido foi o mais apropriado. Outra limitação refere-se ao facto de serem escassas as investigações no âmbito do fenómeno em estudo, o que não permitiu que se fizesse uma comparação mais exaustiva com outros estudos, no momento da discussão dos resultados. Por outro lado, há a considerar que como se trata de um estudo de caso, e sendo a amostra de respondentes reduzida, não se pode fazer extrapolação dos resultados obtidos. Não obstante estas limitações do estudo, considera-se que os resultados obtidos possibilitaram adquirir um conhecimento mais real sobre a

problemática do comportamento organizacional numa unidade de cuidados intensivos polivalente, sob o ponto de vista dos seus profissionais de saúde.

Apesar destas limitações, considera-se que os resultados deste trabalho são um importante contributo para o serviço, sugerindo-se, para a unidade *locus* de estudo, a realização de mais formação no âmbito do comportamento organizacional da Unidade, reuniões mais regulares, onde todos os profissionais possam expressar o que esteja menos bem e possam partilhar experiências, servindo de ponto de partida para a melhoria do funcionamento do comportamento organizacional da Unidade, o que implica o reforço de canais de comunicação, formação de dinâmicas de grupo, encontros informais entre os profissionais e dar-se corpo a atividades de *Team Building*, ou seja, através das quais cada profissional seja proativo, inovador e criativo para oferecer propostas de construção de um comportamento organizacional capaz de potenciar cuidados de saúde de qualidade. Não se pode imiscuir do pressuposto de que a mudança só é assustadora quando não se faz parte dela, sendo o sentimento de pertença uma das necessidades mais básicas do ser humano, como ser iminentemente social que é. Então, todos os profissionais de saúde da Unidade têm de se sentir parte de uma equipa, que deve ser e estar motivada, uma ferramenta essencial para o sucesso dos cuidados de saúde prestados.

## Referências Bibliográficas

---

- Akudman, G., Hatipoğlu, Z., & Yüksesbilgili, Z. (2015). A research about emotional intelligence on generations. *International Journal of Advanced Multidisciplinary Research and Review*, 3(4), 124-133.
- Austin, E. J. (2010). Measurement of ability emotional intelligence: Results for two new tests. *British Journal of Psychology*, 101(3), 563-578.
- Austin, E. J., Farreley, D., Black, C., & Moore, H. (2007). Emotional intelligence, Machiavellianism and emotional manipulation: Does IE have a dark side? *Personality and Individual Differences*, 43, 179-189.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., & Egan, H. (2007). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547-558.
- Bell, J. (2010). *Como realizar um projeto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Biscaia, A. (2007). *Os centros de saúde em Portugal, a satisfação dos utentes e dos profissionais*. Lisboa: Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., & Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387-1402.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., & Salovey, P. (2011). Emotional intelligence: Personal, Social, Educational, and Workplace Implications. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 88-103.
- Brunet, L. (1999). *Le climat de travail dans les organizations*. Montreal: Agence d'Arc.
- Carvalho, M.C. Rocha, F.L.R., Marziale, M.H.P., Gabriel, G.S., & Bernardes, A. (2013). Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 22(3): 746-753.
- Chambel, M. J. & Curren, L. (2008). *Psicologia organizacional: da estrutura à cultura*. Lisboa: Livros Horizonte.

- Cherniss, C. (2010). Emotional intelligence: Toward clarification of a concept. *Industrial and Organizational Psychology*, 3(2), 110-126.
- Chizzotti, A. (2006). *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Davies, M., Stankov, L., & Roberts, R. D. (1998). Emotional intelligence: In search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989-1015.
- Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de dezembro
- Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de maio
- Escada, A. (2003). *Autoestima com inteligência emocional*. Porto: Editora Raridade.
- Etzioni, A. (1992). *Organizações modernas*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora.
- Ferreira, M. M. (2005). *Empenhamento Organizacional de Profissionais de Saúde em Hospitais com Diferentes Modelos de Gestão*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho, Braga, Portugal. Disponível de: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4383/1/tese.pdf>
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Frederico, M. (2006). *Organizações, trabalho e carreira*. Loures: Lusociência.
- Gardner, H. (2005). *Multiple Lenses on the Mind*. [On-Line]. Disponível em: [http://www.pz.harvard.edu/PIS/HG\\_Multiple\\_Lenses.pdf](http://www.pz.harvard.edu/PIS/HG_Multiple_Lenses.pdf).
- Giddens, A. (2013). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Glisson, C., & James, L.R. (2002). The cross-level effects of culture and climate in human service teams. *Journal of Organizational Behavior*, 23: 767-794.
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Círculo de Leitores.
- Goleman, D. (2014). *Inteligência Emocional*. Círculo de Leitores.
- Grieve, R., & Mahar, D. (2010). The emotional manipulation-psychopathy nexus: Relationships with emotional intelligence, alexithymia and ethical position. *Personality and Individual Differences*, 48, 945-950.
- Hargreaves, A. (1998). *Os professores em tempo de mudança*. Lisboa: McGraw-Hill.

- Hedlund, J., & Sternberg, R. J. (2000). Too many intelligences? Integrating social, emotional and practical intelligence. In R. Bar-On, & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 136-167). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hofstede, G., Neuijen, B., Ohayv, D., & Sanders, G. (1990). Measuring international cultures; a qualitative and quantitative study across twenty cases. *Administrative Science Quarterly*, 35, 2: 286-316.
- Jesuino, J.C. (2009). Os Enfermeiros como Cidadãos Organizacionais Desenvolvimento de uma Medida para Avaliação dos Comportamentos de Cidadania Organizacional em Contexto Hospitalar. *Pensar Enfermagem*, Vol. 13, 1: 24-38.
- Jones, D. N., & Figueredo, A. J. (2013). The core of darkness: Uncovering the heart of the dark triad. *European Journal of Personality*, 27, 521-531.
- Keltner, D., & Haidt, J. (2001). Social functions of emotions. In T. Mayne, & G. A. Bonanno (Eds.), *Emotions: Current issues and future directions* (pp. 192-213). New York: Guilford Press.
- Law, K. S., Wong, C.S.; & Song, L. J. (2004). The construct and criterion validity of emotional intelligence and its potential utility for management studies. *Journal of Applied Psychology*, 89: 483-496.
- Lopes, P. N., Salovey, P., & Strauss, R. (2003). Emotional intelligence, personality and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*, 35, 641-658.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics. Report Number*. Lisboa: Report Number, Lda.
- Matthews, G., Zeidner, M., & Roberts, R. D. (2002). Introdução. In *Emotional intelligence: science and myth* (pp. 1-29). Cambridge, Massachusetts: The Massachusetts Institute of Technology Press.
- Matthews, G., Zeidner, M., & Roberts, R. D. (2002). Introdução. In *Emotional intelligence: science and myth* (pp. 1-29). Cambridge, Massachusetts: The Massachusetts Institute of Technology Press.

- Mayer, J. D., & Cobb, C. D. (2000). Educational policy on emotional intelligence: Does it make sense? *Educational Psychology Review*, 12, 163-183.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17(4), 433-442.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey, & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2000). Selecting a measure of emotional intelligence: The case for ability scales. In R. Bar-On, & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment and application at home, school and in the workplace* (pp. 3-34). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507-536.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist*, 63, 503-317.
- Menezes, I. G., Sampaio, L. R., Gomes, A.C.P., Teixeira, F.S., & Santos, P. de S. (2009). *Escala de clima organizacional para organizações de saúde: desenvolvimento e estrutura fatorial*. *Estudos de Psicologia*, 26(3): 305-316.
- Mortana, R. A., Ripolla, P., Carvalhob, C., & Bernala, M. C. (2014). Effects of Emotional Intelligence On Entrepreneurial Intention and Self-Efficacy. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 30: 97-104.
- Nagler, U. K. J., Reiter, K. J., Furtner, M. R., & Rauthmann, J. F. (2014). Is there a dark intelligence? Emotional intelligence is used by dark personalities to emotionally manipulate others. *Personality and Individual Differences*, 65, 47-52.
- Neves, J.G. (2000). *Clima Organizacional, cultura Organizacional e gestão de recursos humanos*. Lisboa: Editora RH.

- Nogueira, L.S., Santos, M.R., Mataloun, S.E., & Moock, M. (2007). Nursing Activities Score: comparação com o índice APACHE II e a mortalidade em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*; 19(3): 327-330.
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*, 6ª edição Revista, Atualizada e Aumentada. Lisboa: Sílabo.
- Pinto, T., & Pires, M. (2009). TISS-28 e a sua capacidade prognóstica. *Rev Port Med Int*, 16(2).
- Rego, A., & Fernandes, C. (2005). Inteligência emocional: Contributos adicionais para a validação de um instrumento de medida. *Psicologia*, 19 (1): 139-167.
- Robbins, S.P. (2005). *Comportamento organizacional*. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Schein, E. (2009). *Cultura organizacional e liderança*. São Paulo: Editora Atlas.
- Sembiyan, R., & Visvanathan, G. (2012). A study on social intelligence of college students. *International Journal of Current Research*, 4(1), 231-232.
- Silva, L. M. (2008). *Riscos ocupacionais e qualidade de vida no trabalho em profissionais de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta. Lisboa. Disponível em: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/>
- Teixeira, S. (1998). *Gestão das organizações*. Amadora: McGraw-Hill.
- Veselka, L., Schermer, J. A., & Vernon, P. A. (2012). The dark triad and an expanded. *Organizational Behavior*, 26, 425-431.
- Wong, C.S., & Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*, 13: 243-274.
- Woyciekoski, C.; & Hutz, C.S. (2008). Inteligência emocional: teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1): 1-11.
- Yin, R. K. (2005). *Introducing the world education. A case study reader*. Thousand Oaks: Sage Publications.



## Anexo I

### Autorização aos autores da Escala de Inteligência Emocional validada (Rego & Fernandes, 2005)

## RE: autorização de escala IE e CCO

armenio.rego (armenio.rego@ua.pt)

**De:** Armenio Rego [mailto:armenio.rego@ua.pt]

**Enviada:** 7 de fevereiro de 2015 20:01

**Para:** Marilú Mamede

**Assunto:** RE: autorização de escala IE e CCO

6 DE FEVEREIRO DE 2015

Senhor Professor Doutor Arménio Rego

[armenio.rego@ua.pt](mailto:armenio.rego@ua.pt)

O meu nome é Maria de Lurdes Mamede Soares, sou enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Tondela-Viseu e aluna do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Estou a iniciar a dissertação sob a orientação da Professora Doutora Manuela Frederico Ferreira e pretendo estudar os " Comportamentos de relação dos Profissionais numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente - Um estudo de caso-". Na pesquisa efetuada encontrei a escala de Inteligência Emocional e de cidadania organizacional, do Senhor Professor, que consideramos ter o maior interesse para o estudo. Venho, por este meio, solicitar a V. Ex<sup>a</sup> autorização para a sua utilização neste estudo.

Mais, solícito, sendo possível a parametrização das respetivas escalas.

Antecipadamente grata,

Com os melhores cumprimentos,

**Maria Mamede Soares**

ALUNA DO MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

**De:** Armenio Rego [mailto:armenio.rego@ua.pt]

**Enviada:** 7 de fevereiro de 2015 20:01

**Para:** Marilú Mamede

**Assunto:** RE: autorização de escala IE e CCO

Autorizada. Veja as escalas em português nos artigos.

## Anexo II

### Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da Instituição Hospitalar

Exmo. Senhor  
Presidente Conselho de Administração  
Do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE.

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

No âmbito da realização da dissertação do Mestrado em Gestão e Economia, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, a decorrer entre 2013 e 2015, eu, Maria de Lurdes Mamede Soares, Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente deste hospital, pretendo realizar um estudo subordinado ao tema "Comportamento Organizacional numa Unidade de Cuidados Intensivos", concretamente na UCIP.

O trabalho proposto, conta com a orientação da Professora Doutora Manuela Frederico e foi desenhado com o apoio da Dr.ª \_\_\_\_\_ Diretora do serviço e do Enfermeiro \_\_\_\_\_ em exercício de funções de Chefia.

Tem como objetivos: identificar fatores que afetem o funcionamento e o clima relacional neste serviço; apresentar propostas de mudança que visem otimizar o clima relacional neste serviço.

A recolha de dados será efetuada, através de questionário, que anexo. Pretende-se incluir todos os profissionais que exerçam funções no serviço há mais de seis meses e que aceitem voluntariamente participar no estudo. O anonimato e confidencialidade serão garantidos. O preenchimento do questionário não deverá exceder os 15 min. Os dados recolhidos serão submetidos a tratamento estatístico no sentido de identificar tendências ou perfis globais e não individuais. São tidos em conta todos os procedimentos éticos e legais necessários. Os resultados serão disponibilizados ao serviço e à instituição.

Venho, assim, solicitar a V. Ex<sup>ª</sup>, autorização para efetuar o referido estudo, recolhendo os dados junto dos profissionais da UCIP.

No caso de nos ser concedida autorização, coloco a seguinte questão: podemos identificar o serviço no documento a submeter à Faculdade, ou devemos designar o serviço por X e a instituição por y?

Antecipadamente grata por toda a colaboração apresento os meus cordiais cumprimentos.

Viseu, 05 de Agosto de 2015

\_\_\_\_\_  
Maria de Lurdes Mamede Soares

A orientadora (Manuela Frederico) \_\_\_\_\_

**Exma Senhora**  
**Enfª. Maria de Lurdes Mamede Soares**  
**Unidade de Cuidados Intensivos**

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

CA

19-08-2015

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para a recolha de dados.

Em resposta ao assunto acima mencionado informamos Vª Exª que, foi **autorizada**, a recolha de dados para realização de um estudo subordinado ao tema "Comportamento Organizacional numa Unidade de Cuidados Intensivos".

Mais se informa que, após o terminus do estudo, deverão ser apresentadas as conclusões e proposta para melhoramento do comportamento organizacional.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração



## **Anexo III**

### **Instrumento de recolha de dados**