



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Uma Abordagem Multifatorial da Retenção de Profissionais de Saúde

Tatiana da Cunha Marques

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Francisco Guilherme Serranito Nunes
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro de 2024



BUSINESS
SCHOOL

Departamento Marketing, Operações e Gestão Geral

Uma Abordagem Multifatorial da Retenção de Profissionais de Saúde

Tatiana da Cunha Marques

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Francisco Guilherme Serranito Nunes
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro de 2024

Dedico este trabalho à minha família e amigos
por me motivarem e apoiarem a alcançar mais um
objetivo. E, também, a todos os profissionais de saúde,
que cuidam da vida de cada um de nós, mesmo quando
a deles se encontra sobrecarregada.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer ao Professor Doutor Francisco Nunes, por ter demonstrado o seu compromisso e disponibilidade na concretização desta investigação.

Também é importante ressaltar todos os profissionais de saúde que dedicaram um pouco do seu tempo e contribuíram para que o estudo fosse possível.

Aos meus pais, irmão e avós por serem sempre inalcançáveis. A eles agradeço tudo, porque mesmo com a distância e o escasso tempo para visitas, entre o trabalho e a redação da investigação, fizeram com que mesmo longe os sentisse sempre perto.

Ao meu namorado, Alexandre, agradeço a paciência, incentivo e por acreditar em mim, mesmo quando por vezes não sou tão otimista quanto gostava.

A toda a restante família que esteve sempre de braços abertos e me deram o suporte necessário nestes tempos difíceis e mais stressantes.

Aos meus amigos, que me lembram todos os dias de sorrir e conseguem fazer com que leve a vida de forma mais leve.

Por fim, ao *ISCTE-IUL Business School*, docentes e funcionários que permitiram que o meu percurso académico fosse marcado pela aprendizagem e inspirações, principalmente na área de gestão.

Resumo

Atualmente há em Portugal uma problemática na retenção de profissionais de saúde, o que impacta a qualidade dos serviços que são prestados nessa área e acarreta custos significativos para as organizações. Este problema é particularmente crítico nos setores público e privado, onde diferentes fatores influenciam a retenção, como os modelos mentais, a dignidade, o estatuto, a exploração e a objetificação. O presente estudo enquadra-se nesta temática, onde se pretende explorar a escassez de profissionais de saúde e os fatores que influenciam a sua retenção, destacando uma abordagem multifatorial que engloba as variáveis supramencionadas. Para o efeito, foi aplicado um questionário composto por questões profissionais e sociodemográficas a profissionais de saúde que exercem funções em diferentes organizações de Portugal. Os principais resultados indicam que no setor público, verificou-se que a burocracia, a sobrecarga e a falta de flexibilidade geram insatisfação generalizada. Em contraste, o setor privado destaca-se pela ênfase na eficiência e competitividade, oferecendo melhores oportunidades de progressão na carreira e reconhecimento, mas impondo maior pressão. Os profissionais que atuam simultaneamente em ambos os setores são os mais afetados pela exploração e objetificação, o que enfraquece as ligações com o local de trabalho e leva a uma maior vontade de abandoná-lo. Assim, a pesquisa conclui que a retenção está fortemente associada a fatores contextuais e organizacionais, sendo essencial que as instituições implementem políticas que promovam a conexão e imersão dos profissionais para mitigar a rotatividade.

Palavras-chave: *Job Embeddedness*, Modelos Mentais de Organização, Dignidade no Trabalho, Estatuto no Trabalho, Objetificação no Trabalho, Exploração no Trabalho, Intenção de Saída

Códigos JEL: I18 (*Health: Government Policy; Regulation; Public Health*), J28 (*Safety; Job Satisfaction; Related Public Policy*)

Abstract

Currently, there is an issue in Portugal regarding the retention of healthcare professionals, which impacts the quality of services provided in this area and leads to significant costs for organizations. This problem is particularly critical in both the public and private sectors, where different factors influence retention, such as mental models, dignity, status, exploitation, and objectification. The present study is framed within this theme, aiming to explore the shortage of healthcare professionals and the factors that influence their retention, highlighting a multifactorial approach that encompasses the aforementioned variables. For this purpose, a questionnaire composed of professional and sociodemographic questions was administered to healthcare professionals working in different organizations in Portugal. The main results indicate that in the public sector, bureaucracy, work overload, and lack of flexibility lead to widespread dissatisfaction. In contrast, the private sector stands out for its emphasis on efficiency and competitiveness, offering better career progression opportunities and recognition, but imposing greater pressure. Professionals working simultaneously in both sectors are the most affected by exploitation and objectification, which weakens their connection to the workplace and increases their desire to leave. Thus, the research concludes that retention is strongly associated with contextual and organizational factors, making it essential for institutions to implement policies that promote the connection and immersion of professionals to mitigate turnover.

Keywords: Job Embeddedness, Organizational Mental Models, Dignity at Work, Work Status, Objectification at Work, Exploitation at Work, Intention to Leave

JEL code: I18 (Health: Government Policy; Regulation; Public Health), J28 (Safety; Job Satisfaction; Related Public Policy)

Índice

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO	III
ABSTRACT	V
ÍNDICE	VII
ÍNDICE DE TABELAS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
GLOSSÁRIO	XI
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - REVISÃO DE LITERATURA	4
1.1. TENDÊNCIA DA RETENÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SETOR PÚBLICO E PRIVADO	4
1.2. ROTATIVIDADE NO PROFISSIONAIS DE SAÚDE	7
1.3. MODELO <i>JOB EMBEDDEDNESS</i>	9
1.3.1. Vínculos (<i>Links</i>)	10
1.3.2. Ajustamento (<i>Fit</i>)	11
1.3.3. Sacrifício	12
1.3.4. Visão Multifocal da Imersão	12
1.3.5. Extensão Teórica Multifocal do Modelo <i>Job Embeddedness</i> - Teoria da Conservação de Recursos (<i>COR</i>)	13
1.4. MODELOS MENTAIS DE ORGANIZAÇÃO - IDEOLOGIAS PROFISSIONAL E ADMINISTRATIVA	14
1.4.1. Modelo do Sistema Burocrático e Modelo do Sistema de Empresa de Mercado	15
1.4.2. Modelo do Grupo Profissional e Modelo do Serviço Comunitário	16
1.5. DIGNIDADE NO TRABALHO	17
1.6. ESTATUTO NO TRABALHO	17
1.7. OBJETIFICAÇÃO NO TRABALHO	18
1.8. EXPLORAÇÃO NO TRABALHO	19
1.9. MODELO CONCEPTUAL E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	20
CAPÍTULO 2 - MÉTODO	22
2.1. AMOSTRA E PROCEDIMENTO	22
2.2. MEDIDAS	23
CAPÍTULO 3 - RESULTADOS	25
3.1. ANÁLISE ESTATÍSTICA	25

3.2.	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	25
CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO.....		30
4.1.	PRINCIPAIS RESULTADOS	30
4.2.	IMPLICAÇÕES TEÓRICAS.....	34
4.3.	IMPLICAÇÕES PRÁTICAS.....	36
4.4.	LIMITAÇÕES E INVESTIGAÇÃO FUTURA.....	37
CONCLUSÃO		40
BIBLIOGRAFIA		41
ANEXOS		45
ANEXO A – QUESTIONÁRIO		45

Índice de Tabelas

Tabela 3.1 Correlações entre as variáveis em estudo.....	26
Tabela 3.2 Job Embeddedness como variável dependente	28
Tabela 3.3 Intenção de Saída como variável dependente	29

Índice de Figuras

Figura 1.2 Diagrama conceptual do modelo de investigação	21
Figura 3.2 Percepção das variáveis pelos profissionais de saúde por setor	27

Glossário

COR - Teoria da Conservação de Recursos

EOHSP - *European Observatory on Health Systems and Policies*

ISO - Organização Internacional de Normalização

JD-R - *Job Demands-Resources*

JE – *Job Embeddedness*

LMX - Liderança de troca líder-membro

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

Introdução

A retenção de profissionais tem sido um desafio significativo nos últimos anos, com previsões alarmantes da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicando uma escassez projetada de 18 milhões de profissionais de saúde até 2030 (Lopes et al., 2017). Essa questão é especialmente crítica considerando que os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à saúde e bem-estar estabelecem metas ambiciosas para a redução de doenças e a promoção da equidade no setor (Vries et al., 2023).

Dentro desse cenário, o conceito de rotatividade de profissionais destaca-se como um dos principais indicadores do fracasso em reter talentos no setor da saúde. Aliás, uma realidade dos tempos atuais é que os salários e as condições de trabalho destes profissionais não estão entre as mais atrativas e não tiveram um aumento comparável (e justo) a outras profissões. Por exemplo, a remuneração dos médicos é uma das poucas áreas na Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) onde houve uma diminuição real nos últimos dez anos (Vries et al., 2023).

Assim, não nos podemos esquecer que estes profissionais são peças fundamentais para o funcionamento dos sistemas de saúde, desempenhando um papel vital na execução das suas funções. Por conseguinte, é essencial assegurar a presença de um número adequado e uma combinação apropriada de profissionais de saúde, garantindo que tenham os recursos e a motivação necessários para desempenhar eficazmente as suas responsabilidades.

Com o aumento constante da expectativa de vida, é esperado um aumento na morbilidade devido ao maior número de doenças relacionadas com a idade. Paralelamente, a força de trabalho está a envelhecer, com uma taxa de aposentadoria esperada de 17% para enfermeiros nos próximos 10 anos nas regiões da América e da Europa (World Health Organization, 2020). Em relação aos médicos, prevê-se que metade daqueles que exerciam em 2021 se aposentem até 2030, contribuindo para a escassez de profissionais de saúde devido à idade e à retirada precoce. Essas tendências acumulativas resultam na escassez de pessoal para substituir aqueles que se reformarão (Commission of the European Communities, 2008).

Nos últimos 40 anos, houve uma notável melhoria na saúde em Portugal. Contudo, o rápido envelhecimento da população é um dos principais desafios futuros para o sistema de saúde. Prevê-se um aumento significativo na proporção de pessoas com mais de 80 anos, que são os maiores consumidores *per capita* de serviços de saúde e cuidados prolongados (OCDE, 2022). As projeções indicam que com estes resultados, seja crucial tanto a entrada e retenção de profissionais de saúde quanto os gastos em saúde pública aumentarem até o ano de 2060 (OCDE, 2022).

No seu todo, a qualidade dos cuidados oferecidos pelo sistema de saúde português é considerada boa. Durante os surtos de COVID-19, o sistema de saúde revelou-se bastante resiliente, no entanto, muitos procedimentos hospitalares foram adiados e as condições de trabalho dos profissionais de saúde deterioraram-se ainda mais, exacerbando os já existentes atrasos, listas de espera e níveis de insatisfação entre os trabalhadores da saúde, que permanecem elevados (OCDE, 2022).

Ainda importa reforçar que durante a pandemia, o SNS 24 realizou estudos para caracterizar a saúde mental da população em geral e de grupos específicos em Portugal. Este estudo resultou em taxas alarmantes de problemas de saúde mental entre os profissionais de saúde em comparação com a população em geral. Estatísticas mostram que 44,8% desses profissionais sofrem de problemas psicológicos, enquanto 32,1% enfrentam esgotamento, 30,8% lidam com ansiedade moderada ou grave, e 28,4% sofrem de depressão moderada ou grave (SNS24, 2023). Ou seja, muitas organizações defendem modelos mentais que visualizam os seus trabalhadores como meros recursos substituíveis contribuindo para uma cultura de trabalho que, frequentemente, negligencia o seu bem-estar.

Importa ressaltar que as elevadas taxas de rotação apresentam disfunções multifacetadas. Primeiramente, acarretam perdas financeiras decorrentes dos processos de contratação (Rafferty et al., 2007). Para além disso, a alta rotatividade impacta negativamente a qualidade dos serviços de saúde, manifestando-se em índices de mortalidade mais elevados, interrupção na continuidade dos cuidados e insatisfação dos pacientes, potencialmente gerando redução de receitas e custos mais altos no tratamento dos pacientes (De Simone et al., 2018). Por último, as altas taxas de rotação diminuem a produtividade da equipa, pela impossibilidade de completar as tarefas, o que pode prejudicar os outros membros, resultando possivelmente numa rotação adicional entre os enfermeiros e médicos restantes (Ghandour et al., 2019).

Assim, é vital para os líderes detetarem sinais precoces de comportamentos de saída dos funcionários para tomar as medidas necessárias e que tenham em atenção os fatores que variam de acordo com o setor de atuação, sejam eles público ou privado, e pelas condições de trabalho oferecidas (Mamede, 2013). Por exemplo, no setor público, os profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) enfrentam grandes desafios, como a sobrecarga de trabalho e a falta de autonomia, o que gera um elevado nível de insatisfação. Por outro lado, no setor privado, há necessidade de atingir metas financeiras. Já quem atua nos dois setores, lida com a complexidade de equilibrar diferentes ideologias e procuras, o que pode gerar frustrações e incertezas.

A literatura salienta que a intenção de saída é um indicador crítico quando se trata da decisão de enfermeiros e médicos abandonarem o trabalho (Halter et al., 2017). Essas intenções são consideradas parte de um processo complexo que antecede o comportamento

de rotatividade. Aspectos como a exploração, a perda de dignidade, a falta de estatuto e a objetificação no trabalho, embora não comumente discutidos, fazem com que a taxa de desgaste nos trabalhadores aumente. Ou seja, a desvalorização no estatuto profissional e a exploração das suas capacidades têm gerado grandes insatisfações. Ademais, as condições precárias de trabalho e a remuneração são um reflexo direto da objetificação desses profissionais, muitas vezes vistos como engrenagens num sistema que prioriza resultados financeiros em detrimento dos sentimentos e necessidades de cada colaborador.

Isto faz diminuir a qualidade do atendimento ao paciente, além de contribuir para uma reputação negativa devido às altas taxas de rotatividade (Collini et al., 2015). Para isso o modelo de *Job Embeddedness* (JE) oferece um arcabouço relevante para analisar a retenção dos profissionais de saúde, ao considerar tanto os fatores internos quanto os fatores externos de cada indivíduo (Mitchell et al., 2001).

É neste sentido que o trabalho de investigação vai incidir. Ou seja, irá procurar identificar fatores determinantes na retenção dos profissionais de saúde nas suas organizações, tendo por base o modelo *Job Embeddedness* e considerando o setor de saúde em que cada um exerce funções. No final, prevê-se que esta possa vir a ser uma mais-valia para que se tracem soluções baseadas em evidência científicas, num tema tão sensível e alarmante nos tempos de hoje.

É com isto expectável que esta tese seja estruturada primeiramente na tendência atual de retenção de profissionais de saúde nos diferentes setores. De seguida, incidirá no tema da rotatividade e modelos associados, passando para outra perspetiva de modelo, o *Job Embeddedness*. Não menos importante, passará por abordar fatores como: modelos mentais de organização, dignidade, estatuto, objetificação e exploração no trabalho. Nesta última parte da revisão de literatura, passará por se definir o modelo conceptual e as hipóteses de investigação que irão auxiliar na verificação da veracidade do estudo.

Já no capítulo do método, irá ser necessário a recolha de dados quantitativos através de um questionário que avalia a perceção dos profissionais de saúde em relação aos fatores já mencionados. Depois desta etapa, passamos à fase de resultados, onde se espera que a análise de regressão teste as hipóteses relacionadas ao JE e à intenção de saída. Além disso, segmente os resultados entre os diferentes setores de atuação, a fim de identificar particularidades nas perceções de cada grupo.

No final discute-se os resultados e define-se as limitações e recomendações para futuras investigações. Além disso, descreve-se em forma de conclusão os benefícios inerentes na realização deste trabalho.

Capítulo 1 - Revisão de Literatura

1.1. Tendência da Retenção de Profissionais de Saúde no setor Público e Privado

A importância dos cuidados de saúde é uma prioridade em todas as agendas políticas globais devido à pressão crescente dos custos e à necessidade de melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população. Em Portugal, para compreender o atual sistema de saúde e identificar possíveis melhorias, é crucial analisar a sua evolução e os principais fatores que influenciaram o seu desenvolvimento.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi implementado em Portugal em 1979, como parte do processo de democratização do país (OCDE, 2021; EOHSP, 2017). Este assenta em cuidados de saúde "universais, gerais e gratuitos", financiados pelo Estado e integrando diversos serviços. Anos mais tarde, a cobertura da população portuguesa aumentou rapidamente, passando de 58% em 1974 para 100% em 1980. No final dos anos 80, surgiu uma reforma, devido à ineficiência dos serviços públicos e dificuldades de acesso, que resultou na introdução de mecanismos de mercado e concorrência, com maior participação do setor privado e financiamento individualizado, enquanto o SNS passaria por uma gestão mais corporativa (Jardim et al., 2013).

O relatório da OCDE de setembro de 2004, intitulado "Inquérito Económico de Portugal 2004", avaliou positivamente a reforma em curso e a legislação aprovada na área da saúde. A estratégia central dessa reforma é a integração de cuidados de saúde nacionais, nos quais provedores públicos, privados e sociais coexistem e são regulados por uma entidade reguladora independente e autónoma.

Nos últimos 40 anos, houve mudanças significativas nos papéis desempenhados pelo Estado, setor social e setor privado no sistema de saúde português. O Estado atua como regulador, provedor e financiador do SNS, enquanto o setor social tem um papel relevante, especialmente em cuidados continuados, e o setor privado que é constituído por hospitais, clínicas e consultórios médicos operados por empresas privadas. Essas mudanças afetaram tanto a definição desses setores quanto as relações entre eles. (Governo da República Portuguesa, 2020)

Há alguns anos, para o setor privado reter profissionais era muito complicado, o que se verificava numa crescente taxa de rotatividade. Isto acontecia devido à escassez de mão de obra qualificada, custos elevados de formação e outros fatores. Já no que tocava às instituições de saúde pública, estas tendiam a proporcionar maior estabilidade nos contratos de trabalho. Isso significava que os funcionários públicos normalmente tinham uma sensação de segurança no emprego maior do que os profissionais que trabalham em organizações

privadas. Portanto, essa segurança no emprego de certa forma compensa as condições de trabalho mais desafiadoras, como salários mais baixos e uma carga de trabalho mais pesada, enfrentadas no setor público (OCDE, 2021).

O SNS em Portugal tem tido uma relevância extraordinária, atingindo resultados robustos, porém, geri-lo financeiramente tem sido um desafio de longa data. O aumento dos gastos no SNS desde 2015 tem sido impulsionado pelo aumento dos salários do setor público e pelo aumento dos custos de medicamentos e equipamentos médicos, exercendo uma pressão crescente sobre os orçamentos, aumentando a pressão hospitalar (CE, 2021). Isso resultou na acumulação de grandes atrasos nos hospitais públicos a cada ano, que têm sido consistentemente resolvidos por meio de transferências extraordinárias do governo central.

Em 2021, o setor hospitalar estava dividido entre 52 provedores de cuidados hospitalares públicos (incluindo hospitais, centros hospitalares, uma parceria público-privada e unidades de saúde locais) e 128 privados. No entanto, apesar do aumento no uso de serviços privados, os hospitais públicos ainda foram responsáveis por mais de 70% das despesas hospitalares em 2019 (OCDE, 2023).

Atualmente, a escassez de médicos no SNS é uma realidade reconhecida tanto por gestores hospitalares quanto pelo Governo. Embora o número de médicos em serviço tenha aumentado em 30% desde 2015, os serviços de saúde fornecidos pelo SNS continuam insuficientes por diversas razões, tais como a procura por serviços de saúde em Portugal ter crescido significativamente devido ao envelhecimento da população e à pandemia, e também pelo facto de um número crescente de profissionais trabalhar a tempo parcial no setor público, complementando a sua atividade no setor privado o que provoca efeitos adversos (Mamede, 2013).

Para compensar essa falta de pessoal, os provedores de saúde têm exigido dos profissionais uma quantidade crescente de horas extras, impondo condições de trabalho desumanas, com plantões e turnos além do normal, especialmente para os que estão em formação e não possuem tanta experiência. Isto faz com que o processo seja repetitivo: quanto maior a escassez de pessoal, piores são as condições de trabalho, resultando que mais profissionais tomem outras decisões para si mesmos. Um exemplo bastante presente nos dias de hoje são as frequentes greves médicas ocorridas (Mamede, 2013).

Ademais, a interação entre o SNS e os prestadores privados é geralmente limitada e baseada em contratos temporários, enquanto a competição parece ser insuficiente em certos serviços contratados. Em áreas onde os serviços privados são facilmente acessíveis, os pacientes de renda média e alta com seguros voluntários podem contornar as filas do sistema público, criando incentivos desequilibrados para os médicos que trabalham em ambos os setores (Mamede, 2013).

A situação atual é resultado de três principais fatores: subfinanciamento crónico do SNS, problemas de competição desleal e pouco regulamentada do setor privado. Apesar dos investimentos adicionais na saúde, a despesa pública com saúde em Portugal ainda é abaixo da média da OCDE e da maioria dos países da zona euro, considerando o envelhecimento da população. O subfinanciamento crónico do SNS reflete-se não apenas nos salários estagnados, mas também na falta de investimento em instalações, equipamentos e materiais essenciais para o funcionamento dos serviços de saúde (Mamede, 2013).

Os hospitais privados têm uma tendência a concentrar a sua oferta nos serviços mais lucrativos, deixando-os menos rentáveis para os serviços públicos. Além disso, eles recrutam especialistas já formados, sem precisar arcar com os custos da formação, o que os torna mais competitivos. Ao contrário de alguns países, os hospitais privados em Portugal estão sujeitos a uma regulação mínima em relação aos preços, o que pode levar a práticas de sobre prescrição de exames e tratamentos gerando uma fonte significativa de receita para este setor de saúde. Todas essas vantagens resultam em recursos financeiros adicionais para o setor privado, permitindo que essas empresas ofereçam soluções tecnológicas, salários e condições de trabalho mais atrativas em comparação com o SNS, que não consegue competir nesse sentido (Mamede, 2013).

Posto isto, é real que os setores privados e públicos da saúde em Portugal eram opostos, não apenas pela propriedade e financiamento, mas também pelas diferentes abordagens administrativas e culturas organizacionais. O setor público, muitas vezes associado a uma burocracia mais rígida e a uma gestão centralizada, enfrentava desafios específicos relacionados com o recrutamento e a retenção de recursos. Por outro lado, o setor privado, embora oferecesse mais flexibilidade e agilidade, muitas vezes era percebido como mais orientado para o lucro e menos preocupado com questões sociais.

No entanto, com o passar do tempo, o contexto global e nacional evoluiu, as fronteiras entre esses setores tornaram-se menos visíveis. Uma das principais forças por trás dessa mudança é a crescente pressão para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde em meio a recursos limitados. Um exemplo disso é o aumento da procura por serviços e as crescentes expectativas dos pacientes, que acarretam desafios constantes. Paralelamente, partilham de objetivos, como a busca de certificações de qualidade, (ex.: ISO), que se tornou uma prática comum. Um dado bastante interessante é que também muitos profissionais de saúde começaram a exercer as suas funções nestes dois setores em simultâneo.

Por fim, não será novidade dizer que é crucial fortalecer e gerir de forma mais eficaz a cooperação entre prestadores públicos e privados para garantir um acesso mais equitativo e uma melhor eficiência.

1.2. Rotatividade no Profissionais de Saúde

A rotatividade é descrita como a proporção entre o número de funcionários que deixaram a organização durante um determinado período a dividir pelo número médio de funcionários na organização durante esse mesmo período (Price, 1977). Geralmente, os gestores referem-se à rotatividade como um processo completo relacionado ao preenchimento de uma vaga: sempre que uma posição fica por preencher, seja por vontade própria ou involuntariamente, um novo funcionário precisa de ser contratado e integrado (Woods, 1995).

Alguns fatores que estão parcialmente além do controlo da administração, como a morte ou incapacidade de um membro da equipa, são considerados fatores que antes eram classificados como rotatividade involuntária. Isso inclui também a necessidade de cuidar de crianças ou um familiar mais idoso. No entanto, atualmente, esses fatores não devem ser vistos estritamente como rotatividade involuntária, pois tanto regulamentações governamentais quanto políticas empresariais oferecem oportunidades para que esses funcionários possam retornar ao trabalho ou até lhes seja fornecido um horário mais flexível (Simon et al., 2007).

Este conceito de rotatividade é algo bastante importante, que afeta negativamente tanto o desempenho individual quanto o organizacional, pois é manifestado através do desejo de deixar a organização, procurando trabalho noutro lugar (Abelson, 1987). Além disso, são identificados dois tipos de influências nessa decisão: fatores internos e externos à organização (Mobley, 2011), embora os fatores individuais também desempenhem um grande papel (Price, 1989).

Para agravar a situação laboral, a pandemia COVID-19 veio exercer uma grande pressão nos sistemas e consequentemente nos profissionais de saúde, o que levou à rotatividade e posterior escassez destes. Estas altas taxas de rotatividade resultaram em grandes desafios, como por exemplo o difícil preenchimento das vagas, o que afetou a qualidade do atendimento ao paciente (Liang et al., 2012). Posto isto, é evidente que a pandemia de COVID-19 intensificou muitos dos fatores que já influenciavam a intenção de deixar o emprego, levando a uma maior rotatividade entre os trabalhadores de saúde neste período. Os cinco temas emergentes abrangem fatores que vão desde determinantes individuais, interpessoais, relacionados ao trabalho e organizacionais, muitos dos quais já eram conhecidos antes da pandemia (Yildiz et al., 2021).

O modelo *Job Demands-Resources*, ou JD-R, ajuda a entender como as pessoas se sentem no trabalho (Bakker et al., 2003). Num emprego pode existir tarefas difíceis ou que exigem muito esforço considerando-se as demandas do trabalho. Por outro lado, existem coisas que nos fazem estar mais ligados ao local laboral, como o apoio dos colegas ou oportunidades de crescimento, designando-se os recursos do trabalho (Poon et al., 2022).

Quando uma pessoa se encontra feliz e satisfeita nas funções que desempenha diariamente, geralmente é porque as demandas são equilibradas pelos recursos disponíveis. Contudo, quando as demandas são muito altas e temos poucos recursos, origina cansaço e desmotivação por parte do profissional, levando-o ao *burnout*. Assim, na maioria dos casos, ocorre uma procura emergente de outros empregos, exibindo uma maior rotatividade do pessoal (Demerouti et al., 2001).

Posto isto, é importante focarmo-nos na vontade de todos os trabalhadores em permanecerem ou não nos seus empregos. Tanto os gerentes, como os administradores das instituições são peças fundamentais para perceber os pensamentos e atitudes dos profissionais tentando antecipar as suas intenções de sair (Heinen et al., 2013).

A literatura mais recente também tem explorado o impacto da geração e diversidade na rotatividade. A aposentadoria dos *baby boomers* é inevitável, e as organizações devem-se preparar para a nova força de trabalho geracional que os substituirá. Pesquisas de hoje provam que geração Y entra no mercado de trabalho com atitudes e valores diferentes (Twenge et al., 2010). Assim, calcula-se que gerações mais jovens podem ter expectativas diferentes no que toca ao trabalho, procurando maior flexibilidade e mérito, o que pode influenciar as suas decisões de permanecer ou sair de uma organização (Yusoff et al., 2013).

Hoje, são vários os estudos que comprovam que determinantes como características pessoais, serviços e condições de emprego, relações laborais, demandas do trabalho e cultura organizacional, impactam a retenção de enfermeiros e médicos (Vries et al, 2023). Neste contexto, a rotatividade trata-se de um processo multifacetado que envolve aspetos emocionais, cognitivos e comportamentais (Bruyneel et al, 2017). Tanto a vontade de sair da organização quanto da profissão por parte dos enfermeiros pode ser vista como uma resposta aos aspetos negativos percebidos na organização e/ou na profissão (Takase, 2010).

Com isto, embora o ato de sair da empresa ou da profissão seja o desfecho mais evidente, a vontade de fazê-lo como um processo de pensamento em andamento, é igualmente importante. Isso comprova-se pelo facto de vários indicadores provarem que a vontade é um sinal preocupante da decisão final de deixar a organização ou a profissão (Currie & Hill, 2012). Por exemplo, no caso da enfermagem, o processo começa com os enfermeiros a largar a unidade clínica, depois a organização e, por fim, a profissão (Simon et al., 2010).

É por isso crucial entender como o impacto dos determinantes pode diferir de hospital para hospital, o que deve ser levado em conta ao delinear as intervenções, sendo neste caso importante cada organização adaptar os seus serviços aos trabalhadores para, por fim, estabilizar a força de trabalho e criar melhores expectativas futuras (Vries et al, 2023). Globalmente, a rotatividade é algo dispendioso e implica uma série de elementos, desde o processo de rescisão até colocação de um novo colaborador. Isso inclui gastos com publicidade, recrutamento, seleção e integração de novos funcionários (Yaqub et al., 2021).

Além disso, há outros impactos como na vertente económica, com os seus custos diretos onde a rotatividade pode prejudicar a lucratividade, se não for adequadamente controlada. Simultaneamente, verificam-se os custos ocultos ou invisíveis (Philips, 1990), que resultam da integração de novos funcionários, ajustes dos colegas de trabalho e da posição por ocupar. Ademais, não nos podemos esquecer de que os custos associados à rotatividade não se limitam apenas à substituição do trabalhador, mas também incluem produtividade perdida, consultas e tratamentos perdidos e tempo da gerência (Ongor, 2007).

A longo prazo, como evidenciado, este conceito incorre em custos significativos, incluindo os diretos (substituição, recrutamento, seleção) e os indiretos (moral, pressão sobre os funcionários remanescentes, qualidade do produto/serviço). Esses custos evidenciam que a rotatividade de profissionais é cara para as organizações, representando um desperdício de investimento em capital humano e acarretando múltiplos desafios (Ongor, 2007).

1.3. Modelo *Job Embeddedness*

Antigamente, quando se procurava entender o porquê das pessoas deixarem os seus empregos, a resposta comum era simples: elas não gostavam do trabalho e tinham outra(s) oportunidade(s), ou ao contrário, ficavam porque gostavam do trabalho e não tinham alternativas melhores. Isso era baseado em conceitos como satisfação laboral, comprometimento organizacional e envolvimento com as tarefas (Holtom et al., 2008).

No entanto, autores como Mitchell et al., (2001) trouxeram uma nova perspectiva para essa discussão. Assim, em vez de se concentrarem apenas nos sentimentos dos funcionários em relação ao trabalho, como satisfação ou comprometimento, começaram a considerar as influências contextuais que afetam a decisão de permanecer num emprego. Isso levou ao desenvolvimento do conceito *Job Embeddedness* (Mitchell et al., 2001).

O Modelo do *Job Embeddedness* difere do modelo tradicional, pois visa a retenção dos colaboradores, em vez da rotatividade dos mesmos. Esta nova perspectiva é uma forma de ligação que os profissionais têm com a organização onde trabalham. Essa ligação surge devido a uma combinação de fatores que fazem com que os funcionários queiram permanecer no emprego e resistam à ideia de sair (Mitchell et al., 2001). Além disso, vários autores mostraram que funcionários com altos níveis de imersão no trabalho tendem a lidar melhor com as contrariedades, enquanto baixos níveis desse apego podem levar à rotatividade. Com isto, mostrou-se que há uma relação negativa entre o *Job Embeddedness* e a intenção de deixar o emprego (Crossley et al., 2007).

Outro tema interessante no estudo deste modelo é que ele deriva da Teoria do Campo de Lewin e das figuras embutidas. Por um lado, de acordo com a Teoria do Campo de Lewin, os indivíduos estão “*enredados numa teia de conexões e forças*”, podendo estar mais ou menos

ligados a diferentes elementos dessa teia. Essas conexões podem ser diversas e variadas, próximas ou distantes (Xue et al., 2023). Essa ideia de rede interconectada, na qual todas as partes estão incorporadas, levou a descreverem o JE como uma rede na qual os indivíduos podem se sentir enredados, ou seja, podem ficar presos a essa teia (Xue et al., 2023). Uma pessoa com mais papéis, responsabilidades e relacionamentos tem uma teia de vida mais complexa do que alguém com menos, e quanto mais complexa a teia, mais inserida essa pessoa está no seu local laboral. Por exemplo, alguém com muitos vínculos no trabalho está mais imersa nele. Se, pelo contrário, essa pessoa romper os laços numa interseção central da teia, experimentará uma interrupção maior na sua vida (Holtom et al., 2021).

Por outro lado, as figuras embutidas de *Witkin*, representam imagens psicológicas que estão intrinsecamente ligadas aos contextos individuais, sendo difícil dissociá-las do ambiente organizacional (Xue et al., 2023).

O JE resulta de numerosas forças externas (ou contextuais) que são rotuladas vínculos, adequação e sacrifício, relacionados ao mundo laboral e à comunidade. Estas forças têm efeitos combinados e compensatórios na decisão de permanecer no emprego (Rafiq et al., 2022). Isso significa que as forças que prendem as pessoas ao trabalho podem variar em intensidade, e as forças mais fortes podem compensar as mais fracas (Kiazad et al., 2015).

1.3.1. Vínculos (*Links*)

Os vínculos, tanto dentro como fora do ambiente de trabalho, são muito importantes na decisão de permanecer no emprego. Estas conexões podem ser formais ou informais e incluem relacionamentos com colegas, familiares, amigos e membros de grupos sociais ou desportivos (Reichers, 1985).

Isto verifica-se primeiramente, pelo número de conexões que alguém possui exercer uma influência sobre a sua decisão, ou seja, a mera consideração de saída pode ter consequências significativas na rede de relacionamentos, tanto em escala ampla quanto em pequenas interações. Outro ponto trata-se do impacto das relações pessoais próximas ser mais imediato, como ter amigos próximos com o poder de moldar reflexões e ponderações sobre permanecer ou não no local laboral. Essa influência é descrita como pressão normativa (Randall et al., 1992).

As organizações que implementam práticas de desenvolvimento de habilidades também facilitam a vinculação dos funcionários com colegas e associações profissionais. Por exemplo, formações externas e programas destinados a talentos de destaque proporcionam interações com profissionais de outras organizações, o que promove um sentimento de pertencimento a um grupo profissional reconhecido (Mitchell et al., 2001).

1.3.2. Ajustamento (*Fit*)

O ajustamento no contexto organizacional refere-se à sensação de pertença e compatibilidade de uma pessoa em relação à comunidade ou organização que se insere. Segundo a teoria da inserção no trabalho (JE), os valores, objetivos de carreira e planos futuros de um funcionário, devem ir ao encontro da cultura corporativa e as exigências do trabalho, como conhecimento e competências (Holtom et al., 2021).

Assim, os indivíduos que se sentem mais alinhados com o seu ambiente de trabalho têm menos probabilidade de largá-lo (Allen et al., 2016). Por exemplo, no caso dos profissionais de saúde, aqueles que se sentem conectados e alinhados com a missão, visão e valores da instituição onde exercem as suas funções tendem a estar mais satisfeitos e comprometidos. Isso leva a uma maior qualidade de cuidados prestados aos pacientes e uma menor rotatividade.

Existe hoje uma tendência das organizações em procurar a homogeneidade, o que indica que aqueles que não se encaixam tendem a estar mais desconectados e conseqüentemente sair. Esses dados, juntamente com muitos outros estudos, confirmam claramente o antigo ditado de que "*os pássaros da mesma plumagem voam juntos*" (Schneider, 1987).

Além disso, é de reforçar a ideia de ajustamento entre o clima organizacional e os valores pessoais, assim como a congruência de valores dentro das equipas de trabalho (Horn & Griffeth, 1995). Com isto, descobriu-se que as discordâncias, especialmente em valores, tendem a resultar na intenção de rotatividade dos empregados (O'Reilly et al., 1989). Além disso, fatores como estilo de resolução de problemas e percepção da cultura organizacional também influenciam a retenção (Vianen, 1999).

As formações e oportunidades educacionais, desempenham um papel crucial no desenvolvimento de habilidades transferíveis e no aprimoramento do ajuste ocupacional entre as procuras do mercado de trabalho e as habilidades dos funcionários. Ou seja, os colaboradores que participam em formações formais e recebem suporte educacional, têm maior probabilidade de alcançar um ajuste adequado entre as necessidades do trabalho e as suas habilidades, pois ganham reconhecimento dos colegas de profissão e melhoram o seu capital de mobilidade. Isso, por sua vez, facilita a sua progressão nos mercados de trabalho ocupacionais.

Evidências sugerem que a adequação se estabelece cedo para novos funcionários e que o processo de socialização e aprendizagem desempenha um papel significativo na elevação dessa adequação e, conseqüentemente, na retenção de talentos. Portanto, considerar a adequação durante o processo de seleção e investir em programas de socialização e formação pode ser crucial para reter funcionários (Werbel & Gilliland, 1999).

1.3.3. Sacrifício

O sacrifício, no contexto organizacional, diz respeito aos custos envolvidos ao deixar uma empresa ou comunidade (Allen et al., 2016). Isso inclui tudo aquilo que alguém precisa de renunciar ou perder com a decisão de abandonar o local de trabalho, incluindo benefícios materiais e sociais. Os sacrifícios financeiros são geralmente considerados nas medidas de satisfação no trabalho, pois a sua renúncia pode influenciar a decisão de sair (Meyer & Allen, 1997).

Para além destes sacrifícios financeiros evidentes, há outros tipos de custos menos mensuráveis, como oportunidades de avanço na carreira, formação e estabilidade laboral. Estes aspetos estruturais e institucionais são importantes na decisão de rotatividade (Shaw et al., 1998). Ainda assim, existem investimentos pessoais mais subtis, como conhecimentos específicos adquiridos e relacionamentos desenvolvidos, que também são sacrificados ao deixar uma organização. Esses sacrifícios menos tangíveis são difíceis de quantificar e podem não ser tão óbvios em comparação com outras oportunidades de emprego.

Para muitas pessoas, o sacrifício também envolve deixar para trás conexões pessoais e pertences materiais, especialmente se uma mudança de emprego requer uma mudança geográfica. Nesse caso, além de perder os vínculos com a empresa, há também a renúncia a diversos aspetos do ambiente pessoal, como casa e comunidade.

As iniciativas de desenvolvimento de habilidades exigem que os funcionários invistam no seu próprio crescimento profissional, incluindo formação e obtenção de credenciais educacionais. Esses investimentos representam compromissos significativos de tempo e esforço. A perspectiva de perder esses investimentos, juntamente com os custos associados, torna-se um fator que desencoraja a mudança de ocupação. Os profissionais são incentivados a permanecer nas suas posições atuais para proteger os recursos que adquiriram por meio dessas práticas de desenvolvimento.

1.3.4. Visão Multifocal da Imersão

Mitchell et al. (2001) propuseram dois principais contextos nos quais os profissionais se envolvem: o trabalho e a comunidade (Ng e Feldman, 2007) e que os indivíduos podem estar enraizados num aspeto, mas não necessariamente noutro. Por exemplo, alguém pode estar satisfeito com o trabalho e ter fortes conexões com colegas, mas não se identificar com os valores da organização ou usufruir de vantagens oferecidas por ela. Essa diferenciação é crucial porque pode afetar os resultados laborais de maneiras diferentes.

A imersão no trabalho refere-se aos elementos da vida profissional que mantêm os funcionários ligados às suas organizações. Isso inclui fatores como a cultura organizacional,

as oportunidades de crescimento na carreira, os benefícios oferecidos pela empresa e os relacionamentos no local de trabalho. Por outro lado, temos a imersão fora do trabalho que se refere às forças que mantêm os indivíduos ligados ao seu local atual de vida, como a comunidade em que residem. Essas forças incluem atividades familiares, comunitárias e não relacionadas ao emprego. Este tipo de enraizamento pode ser direto, quando a própria pessoa está envolvida em atividades locais, ou indireto, quando a família desempenha um papel significativo na conexão com a comunidade (Hom et al. 2012). Os profissionais que conseguem um melhor equilíbrio entre as suas responsabilidades profissionais e pessoais, tendem a estar mais enraizados nas organizações.

A imersão ocupacional também é um tema nos dias de hoje por abordar as razões pelas quais as pessoas permanecem nas suas ocupações atuais, mesmo que mudem de emprego dentro da mesma área profissional. Ao contrário do construto JE original de Mitchell et al. (2001), este tipo de enraizamento não incentiva a permanência numa organização específica, mas sim na área de trabalho em si (Ng e Feldman, 2007).

Assim percebemos que o JE tem uma abordagem multifocal, que contempla vários aspectos da vida do funcionário. Sendo um deles os fatores externos ao trabalho, como responsabilidades familiares e conexões comunitárias, que influenciam a sua permanência. A incorporação fora do trabalho está associada à retenção no emprego, especialmente quando mudar de emprego envolve mudar geograficamente ou afeta significativamente a família. A influência familiar na comunidade destaca como os laços familiares e atividades não relacionadas ao trabalho podem manter os funcionários num local, mesmo que não se identifiquem diretamente com a comunidade. Esses fatores familiares podem influenciar decisões de saída do emprego, além da influência do ambiente de trabalho e da comunidade em si (Halbesleben et al., 2014). Compreender a visão multifocal da imersão no JE, fornece às empresas conhecimentos valiosos para que possam criar um ambiente de trabalho onde os funcionários se sintam ligados em vários níveis (colegas, líderes, familiares).

1.3.5. Extensão Teórica Multifocal do Modelo *Job Embeddedness* - Teoria da Conservação de Recursos (COR)

Com a relevância dada à influência das relações interpessoais no ambiente de trabalho (Felps et al., 2009), surge o impacto negativo do ostracismo pelos colegas e o impacto positivo da qualidade do relacionamento com os supervisores (LMX) (Ng & Feldman, 2013). Assim, nasce a teoria da conservação de recursos (COR), que afirma que o comportamento humano é impulsionado pela necessidade de adquirir, manter e proteger recursos valiosos, sendo que a percepção de recursos suficientes reduz o stress, enquanto a falta de recursos o aumenta,

levando as pessoas a proteger ou procurar novos recursos para gerir a ansiedade (Hobfoll, 2002).

Os recursos, conforme a teoria COR, são elementos físicos, sociais, psicológicos ou situacionais que ajudam na realização de objetivos e no desenvolvimento pessoal (Bakker & Demerouti, 2007). Esses recursos dividem-se em contextuais (ambientais e sociais) e pessoais (características individuais, energia e autonomia). O bem-estar, por exemplo, é um recurso pessoal valorizado que emerge de ambientes sociais de apoio (Hobfoll et al., 2018). Além disso, a aplicação da teoria COR ao modelo JE revela que o apoio social fora do ambiente de trabalho (off-the-job embeddedness) pode moderar os efeitos negativos da intensidade do trabalho no stress dos funcionários.

Esta teoria também aborda o conceito de enraizamento como um recurso contextual que ajuda a manter laços valiosos e evitar perdas. Indivíduos tendem a permanecer em ambientes que lhes proporcionem tais recursos, adotando comportamentos positivos para beneficiar as suas organizações e comunidades. Foi a partir desta ideia que se criaram vários princípios como o princípio da primazia da perda, que destaca que a perda de recursos impacta mais fortemente do que o ganho, e o princípio da caravana de recursos, que destaca que os recursos não existem isoladamente, mas em combinação. (Hobfoll et al., 2018). O valor de um recurso é percebido conforme a sua interação com um conjunto de recursos existentes (Halbesleben et al., 2014).

1.4. Modelos Mentais de Organização - Ideologias Profissional e Administrativa

Os modelos mentais de organização, auxiliam no entendimento de como grupos diferentes dentro da mesma organização têm as suas perceções de trabalho. Estes modelos influenciam a forma como as pessoas analisam as suas funções e responsabilidades laborais, bem como as suas expectativas em relação aos objetivos organizacionais.

Os modelos mentais funcionam como filtros e depósitos de informações novas, porém a sua representação do mundo é sempre limitada e única para cada pessoa. São caracterizados como representações incompletas e inconsistentes, pois variam conforme o contexto e adaptam-se a circunstâncias em constante mudança, evoluindo ao longo do tempo com a aprendizagem. A ideia de modelos mentais foi introduzida por Kenneth Craik (1943) e desenvolvida posteriormente por Johnson-Laird (1983). Ambos sublinham a relevância destes modelos para precaver acontecimentos, pensar logicamente e construir explicações, utilizando simulações mentais baseadas em experiências internas.

Nesta temática, Bunderson teve um papel crucial pois aprofunda estas ideologias contrastantes ao analisar como profissionais (médicos, enfermeiros, advogados) e administradores (como gestores e chefes) divergem em pensamentos e valores sobre o

trabalho organizacional. Neste sentido, segundo o autor, os profissionais valorizam a autonomia, a especialização e o compromisso. Por outro lado, os administradores são mais propensos a valorizar a eficiência, a coordenação e o controle, pretendendo atingir a sustentabilidade financeira (Bunderson et al., 2000).

Os modelos profissionais destacam a autoridade baseada na competência técnica, comprometimento organizacional, tomada de decisões em conjunto e uma orientação para o serviço. De outro modo, os modelos administrativos realçam a autoridade decorrente do cargo legal, comprometimento com a empresa, tomada de decisões hierárquicas e rumo para a eficiência (Bunderson et al., 2000).

Estas ideologias podem entrar em conflito, mas também se complementarem. Assim, a ideologia profissional apesar de gerar resistência a mudanças e inovações, e da ideologia administrativa ser extremamente focada em metas financeiras e de eficiência, quando bem combinadas, podem criar uma produtividade que impulsiona tanto a excelência técnica quanto a eficiência organizacional.

1.4.1. Modelo do Sistema Burocrático e Modelo do Sistema de Empresa de Mercado

O modelo de sistema burocrático é uma abordagem organizacional que vê a empresa como um sistema coordenado e eficiente focado no cumprimento das metas comuns, as quais são planeadas racionalmente por autoridades legalmente designadas, sendo este a representação da dimensão interna da ideologia administrativa. Este sistema procura diferenciar e integrar o trabalho de forma eficaz. A diferenciação é realizada pela divisão do trabalho, hierarquia de autoridade e alocação de tarefas aos especialistas mais qualificados, enquanto a integração é alcançada por meio de padronização e aplicação de regras e políticas. Regras impessoais determinam os direitos e deveres de cada posição, e o recrutamento é realizado com base em testes que avaliam os níveis de conhecimento, habilidade e experiência. Os indivíduos são motivados por incentivos como carreiras estáveis e *status* social associado à posição, sendo esperado que atuem em conformidade com as normas organizacionais e em resposta à autoridade centralizada (Weber, 1947).

Outro modelo bastante conhecido é o modelo de empresa de mercado, que tem uma dimensão externa da ideologia administrativa. Este assenta numa abordagem organizacional que vê a empresa como uma entidade comercial orientada para a competição e maximização do lucro. Neste modelo, a ênfase está na necessidade de competir de forma mais eficiente do que os concorrentes para atender à procura dos clientes (Bunderson, Lofstrom & Van de Ven, 2000). A necessidade de mercado é central nesta abordagem, pois determina o que a organização produz e a forma como atribui valor aos produtos. Sob esse modelo, os clientes

têm um papel fundamental como agentes controladores, influenciando as decisões sobre o que é produzido e como é feito.

Com base neste modelo, os consumidores são capazes de tomar decisões informadas entre produtos ou serviços concorrentes (Freidson, 1978, p. 974). Assim, a empresa concentra-se em cultivar atitudes positivas dos clientes em relação à marca e em comunicar de forma convincente as vantagens dos seus produtos ou serviços. Isso eleva a importância de funções como *marketing*, serviço ao cliente e relações-públicas externas em comparação com outras atividades internas da empresa.

1.4.2. Modelo do Grupo Profissional e Modelo do Serviço Comunitário

No sentido de abordar a dimensão interna da ideologia profissional, falamos do modelo de grupo profissional. Este modelo visualiza a organização focada em promover uma consistência e qualidade no trabalho profissional, além de apoiar os profissionais nas suas atividades. Nesse contexto, a premissa central é que somente os membros possuem o conhecimento, habilidades e orientação necessários para tomar decisões importantes, como quem pode ou não se tornar um membro do grupo, e como o trabalho dos membros deve ser realizado e avaliado.

Assim, trabalhadores que defendem estes ideais tendem a procurar arranjos organizacionais que preservem a sua autonomia, permitindo-lhes controlar e direcionar as suas funções de maneiras consideradas apropriadas e no melhor interesse dos consumidores (Freidson, 1978). No modelo profissional, a legitimidade na coordenação e direção do esforço não é conferida pela vantagem de mercado ou pela autoridade do cargo, mas sim pela habilidade e conhecimento superiores. A influência e o *status* são baseados na demonstração persuasiva do valor do conhecimento ou habilidade incorporados no trabalho, ao invés de fatores como dinheiro ou posição oficial.

Noutra perspetiva temos o modelo de serviço comunitário, que visualiza a organização como uma base estruturada para aplicar conhecimento profissional em prol da comunidade ou da sociedade em geral. Neste contexto, o foco é que as organizações profissionais devem ter como principal objetivo servir ao bem maior da sociedade ou atender às necessidades dos outros, porque é moralmente correto fazê-lo. Em contraste com o modelo do grupo profissional, este modelo pertence à dimensão externa da ideologia profissional. Isso significa que o comportamento voltado para o bem dos outros prevalece sobre interesses materiais de mercado. Essa abordagem também enfatiza a responsabilidade social e a obrigação moral sobre o lucro ou interesse próprio.

Os profissionais que seguem esse modelo são incentivados a confiar em obrigações pessoais e sociais ao realizar o seu trabalho, em contraste com uma lógica puramente

instrumental. Essas expectativas são transmitidas por meio de processos seletivos rigorosos e socialização profissional. Assim, o profissionalismo não é apenas um modelo de organização do trabalho, mas também um recurso cultural valorizado na sociedade.

Por fim, os modelos mentais administrativos e profissionais influenciam as dimensões do JE, ou seja, compreender o que cada ideologia defende, permite às organizações de saúde adaptar as suas práticas de gestão para alinhar as expectativas e valores e promover um ambiente de trabalho saudável, para que no final os profissionais escolham permanecer nos seus locais de trabalho (Nunes, 2018).

1.5. Dignidade no trabalho

Nos dias que correm a dignidade é cada vez mais procurada na vida de cada um de nós, e é essencial que o trabalho seja significativo para alcançá-la. A dignidade reflete-se na autoestima, na consideração própria e no respeito dos outros para conosco. Este conceito foi abordado de várias formas ao longo do tempo (Mitchell, 2017; Teixeira et al., 2021). Em alguns contextos, é inerente à condição humana, considerado um estado psicológico que pode ser sentido, alcançado e procurado, enquanto noutros casos, é conquistada através das ações individuais, ou seja, vista como a qualidade das interações humanas podendo ser mantido, melhorado ou prejudicado (Castel, 1996).

No que toca ao ambiente de trabalho, a dignidade é preservada através de pequenos atos de resistência contra abusos e um desejo forte de se orgulhar das tarefas diárias. Este conceito inclui o processo em que as pessoas reconhecem em si mesmas ou nos colegas, o valor inerente às funções que desempenham no seu trabalho. No dia-a-dia das organizações, são vários os fatores que promovem a dignidade, como por exemplo as interações amáveis/atenciosas e o simples reconhecimento dos esforços (Sainz et al., 2021).

Estudos como o de Liang et al., (2021) mostraram que a dignidade no local de trabalho afeta o esforço discricionário dos profissionais, um importante fator de desempenho. Este conceito pode aumentar o esforço dos funcionários, contribuindo para a eficácia e produtividade organizacional. Assim, à medida que experienciam uma maior sensação de dignidade no trabalho, ou seja, reconhecem que têm condições laborais dignas, sejam respeitados e reconhecidos, estão mais fortemente imersos nos seus empregos e com vontade de permanecer.

1.6. Estatuto no Trabalho

O estatuto é essencialmente uma maneira de indicar a posição que um indivíduo ou a organização ocupa numa hierarquia social (Sauder et al., 2012). Ter um alto *status* confere

respeito e honra, trazendo consigo uma série de vantagens. Por exemplo, pessoas com alto *status* são frequentemente consideradas melhores (Lynn, Podolny, & Tao, 2009), enquanto organizações de alto estatuto tendem a ser vistas como fornecedoras de produtos ou serviços de maior qualidade (Podolny, 1993).

A conceção sociológica do estatuto no trabalho como hierárquico é central para entender a sua aplicação nos estudos organizacionais. Por exemplo, pesquisadores como Bunderson & Reagans (2011) argumentam que o *status* e o poder influenciam a aprendizagem coletiva nas organizações. Eles sugerem que as diferenças de poder e *status* podem prejudicar a aprendizagem ao distrair os membros dos objetivos coletivos, comprometendo a experiência e diminuindo a partilha aberta de conhecimentos. Além disso, para eles esta variável não pode ser eliminada, já que tais diferenças são inevitáveis devido às variações individuais em reputação, controlo de recursos, autoridade formal, conhecimento e habilidades.

É assim de prever que o estatuto no trabalho afeta o nível de imersão dos profissionais. Isto comprova a ideia de que os indivíduos com diferentes níveis de estatuto percebem e envolvem-se com as suas responsabilidades e relacionamentos, influenciando a sua identificação com a organização e ponderando a sua vontade de permanência.

1.7. Objetificação no Trabalho

A objetificação é uma forma de desumanização (Volpato & Andrighetto, 2015) funcionando através de uma relação de subjugação ou uma perceção reducionista de uma pessoa baseada nos seus atributos (Nussbaum, 1995). Este termo pode comprometer o senso de pertencimento das pessoas, impactando as suas emoções, comportamentos e ações, de maneiras que podem ter consequências para as organizações e para a sociedade em geral. Estudos demonstram que as pessoas tendem a sentir-se mais objetificadas no ambiente de trabalho, e essa objetificação está correlacionada a comportamentos mais antissociais e prejudiciais.

Embora as pessoas concordem unir-se a organizações porque desejam deixar o seu contributo e sentirem-se valorizadas, elas não concordam com todos os aspetos, como serem tratadas como objetos, terem a sua autonomia negada, serem consideradas substituíveis, serem vistas como desprovidas de pensamentos e sentimentos, entre outros. Além disso, as pessoas muitas vezes unem-se a organizações não apenas para trabalhar, mas também para atender a outras necessidades psicológicas, como estabelecer relacionamentos sociais e ter liberdade (Rattan & Dweck, 2012).

Hoje, muitos gerentes e profissionais de saúde usam a objetificação como um mecanismo de defesa para lidar com as dificuldades das suas funções (Haque & Waytz, 2012). O exercício do poder também está associado à objetificação, onde os outros são percebidos apenas pela

sua utilidade na realização de objetivos. Organizações que enfatizam autoridade, racionalidade e divisão do trabalho, tendem a promover a auto-objetificação. A qualidade das relações interpessoais e a atitude dos líderes também influenciam esse fenômeno (Rochford et al., 2016).

Hoje, muitos profissionais de saúde têm a percepção de serem tratados como um objeto ou recurso descartável, ou seja, sentem-se objetificados. Além disso, sentem a perda de liberdade pessoal, ligada à auto-objetificação, criando uma espiral descendente onde a sensação de ser um objeto reduz ainda mais a sensação de liberdade. (Crone et al., 2021). Nestes casos, o sentimento de pertença à organização é afetado, as interações com os colegas e chefia são superficiais e existe uma grande insatisfação, deixando os indivíduos menos imersos com a organização.

1.8. Exploração no Trabalho

A prática do trabalho forçado é uma séria transgressão dos direitos humanos que prejudica cerca de 28 milhões de pessoas em todo o mundo, incluindo homens, mulheres e crianças, em diversas áreas económicas (International Labour Organization, 2022). O conceito de exploração no trabalho serve para retratar um conjunto de situações que vão desde condições laborais indecentes ou injustas até a ocorrência extremas como escravidão, tráfico humano ou trabalho forçado. Muitas vezes está associada ao abuso das pessoas no local de trabalho com fins lucrativos, sendo que impacta psicologicamente, fisicamente, emocionalmente e financeiramente as vítimas.

Os conceitos chave ao abordar o tema incluem pagamentos inadequados, más condições e segurança no ambiente de trabalho, além de violações dos direitos trabalhistas. Há quem defenda que as situações de exploração no trabalho possam ser vistas num "contínuo entre trabalho decente e trabalho forçado" (Skrivankova, 2010).

Muitos profissionais de saúde, são sujeitos à exploração no trabalho, seja por baixos salários, longas horas de trabalho não remuneradas, condições perigosas ou assédio o que leva a uma diminuição do seu bem-estar. Isso cria um ambiente tóxico que desmotiva, cria ansiedade e até problemas de saúde física e mental. Ademais, a exploração no trabalho contamina os laços sociais e o ajuste organizacional dos trabalhadores. Se cada profissional de saúde é tratado injustamente e sente que não é valorizado, há uma redução do envolvimento social no local de trabalho e há perda de coesão dentro da equipa, colocando em causa a vontade de permanência laboral.

Embora a exploração possa motivar a intenção de saída, a falta de alternativas de emprego ou o custo associado pode ainda manter os profissionais na organização,

aumentando o sofrimento e a insatisfação, pois mesmo não saindo encontram-se desconectados e não imersos à organização.

1.9. Modelo Conceptual e Hipóteses de Investigação

O modelo conceptual proposto para esta investigação visa investigar a influência de fatores psicológicos e sociais no contexto laboral da saúde e como estes afetam o *Job Embeddedness* e a intenção de saída dos profissionais de saúde. Além disso, foca na diferença de perspetivas de retenção dos profissionais nas suas organizações públicas e privadas. Assim, neste sentido, com base na pesquisa realizada, foram selecionados como fatores antecedentes internos, os modelos mentais da organização (ideologias profissional e administrativa) e como fatores antecedentes externos as variáveis: dignidade, estatuto, objetificação e exploração no contexto do trabalho.

A base conceptual do estudo é sustentada pela literatura existente sobre *Job Embeddedness*, o que sugere que perceções negativas podem aumentar a intenção de saída, enquanto perceções positivas fortalecem o enraizamento no trabalho (Mitchell et al., 2001).

A escassa informação de estudos científicos dos trabalhadores por setor de saúde nos quais estas variáveis constituem, por si só condicionantes no modelo *Job Embeddedness*, levou seguinte questão de investigação:

“Em que medida os fatores modelos mentais (ideologias profissional e administrativa), a dignidade, estatuto, objetificação e exploração no contexto do trabalho, são experienciados de forma diferente em cada setor da saúde (público, privado e quem trabalha nos dois)?”

Com isto, é possível entender as nuances e diferenças de como cada um destes fatores molda a experiência laboral nos três setores. Um exemplo expectável poderá ser que no setor privado, dada a ênfase em eficiência e lucro, os profissionais possam ter uma maior perceção de estatuto. Outro aspeto bastante sensível para o qual não existe ainda muita informação, tem a ver com a situação em que se encontram os profissionais de saúde que exercem funções nos dois setores, uma vez que recebem exigências de cada uma das diferentes organizações onde trabalham, poderão sentir-se como meros meios para atingir fins. Isto pode levar a que se sintam mais objetificados e explorados.

Além disso, o *Job Embeddedness* funcionará como fator mediador entre as variáveis antecedentes selecionadas e a intenção de saída das organizações de saúde. Para ir de encontro ao pretendido, as hipóteses de investigação (H), foram criadas tendo por base os objetivos específicos definidos para esta dissertação:

H1+ A ideologia profissional está positivamente relacionada com o *Job Embeddedness*.

H2- A ideologia administrativa está negativamente relacionada com o *Job Embeddedness*.

H3+ A dignidade no trabalho está positivamente relacionada com o *Job Embeddedness*.

H4+ O estatuto no trabalho está positivamente relacionado com o *Job Embeddedness*.

H5- A objetificação no trabalho está negativamente relacionada com o *Job Embeddedness*.

H6- A exploração no trabalho está negativamente relacionada com o *Job Embeddedness*.

H7- O *Job Embeddedness* está negativamente relacionado com a sua intenção de saída da organização.

No sentido de facilitar a compreensão das variáveis em estudo, desenhou-se um modelo conceptual, sobre o presente trabalho de investigação.

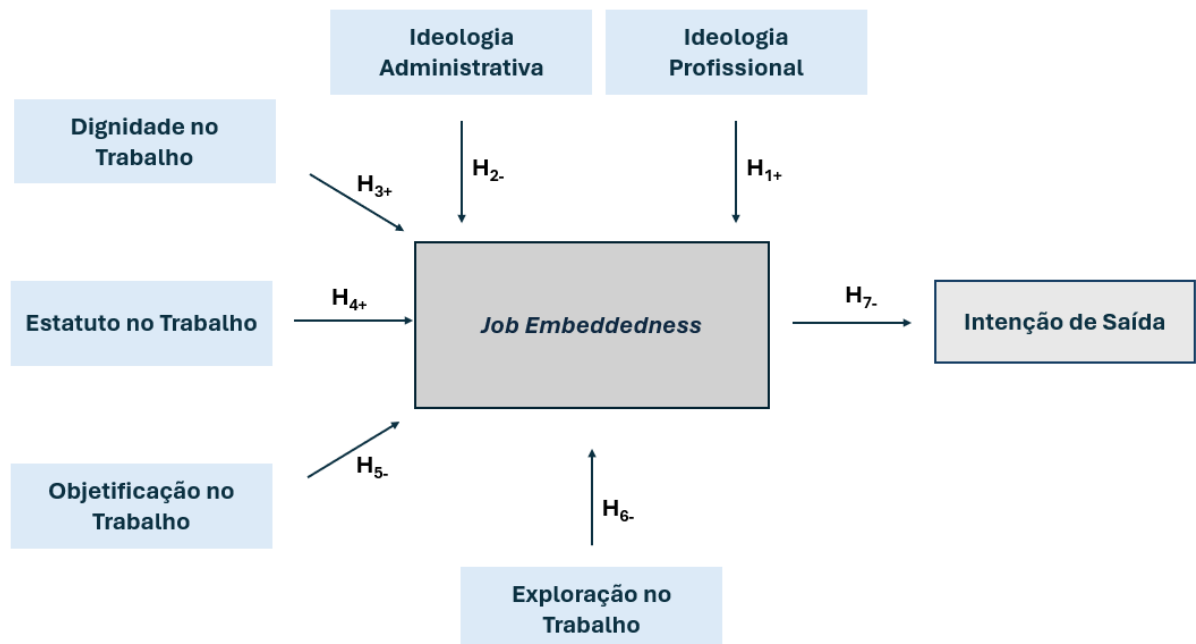


Figura 1.2 Diagrama conceptual do modelo de investigação

Capítulo 2 - Método

2.1. Amostra e Procedimento

A pesquisa realizada seguiu os princípios éticos dos estudos de investigação, como o anonimato e a confidencialidade dos inquiridos. A população alvo engloba todos os profissionais de saúde que exercem a sua atividade num serviço de saúde português, ou seja, exclui todos os que exercem as suas funções no estrangeiro. Ainda ficou estipulado que caso algum destes profissionais exercesse funções em duas ou mais instituições de saúde, as respostas deveriam incidir sobre a instituição com a qual tivessem maior vínculo laboral.

Além disso, o inquérito foi procedido através da plataforma *Qualtrics* e partilhado em formato eletrónico com os profissionais de saúde entre o dia 27 de março e 5 de julho de 2024, considerando a disponibilidade e a carga de trabalho destes durante esse período. Para assegurar uma amostra representativa e abrangente, foi elaborada uma pesquisa online utilizando palavras-chave específicas e estratégias de segmentação que identificassem os profissionais de saúde ativos em diferentes plataformas digitais. Esta abordagem fez com que fosse possível alcançar um público-alvo diversificado, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de saúde, entre outros. Além disso, complementamos a pesquisa com contactos pessoais, aproveitando redes de colaboração já estabelecidas com instituições de saúde. Esses contactos foram seguidos de referências propostas, criando uma cadeia de indicações que ampliou ainda mais o alcance do inquérito, permitindo-nos obter uma amostra mais heterogénea.

Neste sentido, foram obtidas um total de 189 respostas de profissionais de saúde, de variadas instituições. A média de idades dos inquiridos é de 46,47 anos ($\sigma=11,18$), oscilando entre um mínimo de 22 e um máximo de 70 anos. Além disso, a maior parte pertence ao género feminino (58,20%), e desempenha a categoria de médico (57,14%), apesar de ainda existir uma porção significativa de enfermeiros (34,39%).

O tempo médio de serviço dos participantes é de 21,18 anos ($\sigma=11,17$), variando entre o mínimo de 1 e o máximo de 44 anos, sendo que a maioria destes trabalhava no setor público da saúde (41,3%) ou em ambos os setores, público e privado (37,50%). No que toca à longevidade na empresa, o trabalhador mais recente tem cerca de 1 ano, já o mais antigo 44, encontrando-se a média nos 13,78 anos ($\sigma=10,92$). Os distritos onde mais inquiridos exercem funções são Viseu (38,10%) e Lisboa (20,11%).

Ademais, na escala de Crossley et al. (2007) para "*Job Embeddedness*" detetou-se que 36,51% dos respondentes discordam parcialmente. Isso indica que há uma insatisfação ou descontentamento moderado em relação ao seu envolvimento no emprego. Com base na

escala de Maertz & Boyar (2012) sobre a intenção de saída, há um número significativo de profissionais de saúde que se colocam entre “concordo” e o “concordo totalmente” (cerca de 43,92 %), ou seja, que concordam com uma potencial saída da organização que se encontram.

No que toca ao estatuto no trabalho percebido pelos profissionais, a maior percentagem de respostas está na categoria “não concordo nem discordo” com 37,57% o que sugere que muitos profissionais possam estar incertos ou indiferentes em relação à questão. Já a escala de objetificação no trabalho ajudou a concluir que mais de 36% dos profissionais concordam, ao menos parcialmente, que são objetificados pela organização. Por fim, a escala de Livne-Ofer et al. (2019) acerca da exploração no trabalho mostrou que 33,68 % dos inquiridos concordam parcialmente que se sentem explorados no trabalho, o que pode levantar questões acerca da carga de trabalho excessiva, falta de reconhecimento, ou até remuneração inadequada.

2.2. Medidas

Modelos mentais de organização. Esta secção do questionário é composta por 12 questões acerca dos modelos mentais de organização, através da escala das ideologias administrativa e profissional desenvolvidas por Bunderson, Lofstrom & Van de Ven (2000), que permitiram analisar a medição dos aspetos que os indivíduos têm relativamente aos ideais que a sua organização tende ou deveria enfatizar. Assim, as perguntas 1, 2, 5, 6, 9 e 12 medem ideologia administrativa e as perguntas 3, 4, 7, 8, 10 e 11 medem a ideologia profissional, sendo que se utilizou uma escala de tipo *Likert* de 7 pontos, entre o “de nenhuma maneira” a “completamente”. Na amostra obtida para o presente estudo, a fiabilidade de ambas as escalas é aceitável ($\alpha=0,83$ para a ideologia administrativa e $\alpha=0,78$ para a ideologia profissional).

Job Embeddedness. Foi medida através da escala avaliada por Crossley et al. (2007), utilizando-se uma escala tipo *Likert* de 7 pontos, entre o “discordo totalmente” e o “concordo totalmente”. Na secção III as 7 primeiras questões estudam o JE, ou seja, quanto os profissionais estão envolvidos com a instituição que exercem funções. Esta mostrou ser uma escala com uma fiabilidade boa ($\alpha=0,90$).

Intenção de saída. Ainda na secção III, analisou-se a intenção de saída dos profissionais de saúde, tendo por base a escala desenvolvida por Crossley et al. (2007), utilizando-se uma escala tipo *Likert* de 7 pontos, entre o “discordo totalmente” e o “concordo totalmente” em que a fiabilidade mostra ser excelente ($\alpha=0,92$).

Dignidade no trabalho. Na secção IV do questionário estuda-se a dignidade percebida pelos profissionais de saúde no trabalho através da escala de Thomas & Lucas (2019) do tipo

Likert de 7 pontos, entre o “discordo totalmente” e o “concordo totalmente”. Na amostra obtida para o presente estudo a fiabilidade da escala é aceitável ($\alpha=0,79$).

Estatuto no trabalho. Outra variável do questionário foca o estatuto percebido pelos profissionais de saúde no trabalho através da escala de Djurdjevic et al. (2017) do tipo *Likert* de 7 pontos, entre o “discordo totalmente” e o “concordo totalmente”. A escala Djurdjevic et al. (2017) inclui a avaliação do reconhecimento formal, medindo por exemplo as recompensas tidas pelo desempenho no trabalho. Além disso, engloba o respeito interpessoal e as oportunidades de crescimento percebidas para avanço e desenvolvimento de carreira. Nesta escala a fiabilidade é considerada boa ($\alpha=0,92$).

Objetificação no trabalho. O questionário estuda também a objetificação percebida pelos profissionais de saúde no trabalho através da escala de Crone et al., (2021) em linha com o conceito de exploração no trabalho (Livne-Ofer et al., 2019), do tipo *Likert* de 7 pontos, entre o “discordo totalmente” e o “concordo totalmente”. Na amostra obtida para o presente estudo a fiabilidade é aceitável ($\alpha=0,77$).

Exploração no trabalho. A exploração percebida pelos profissionais de saúde no trabalho é outra variável estudada através da escala de Livne-Ofer et al. (2019) do tipo *Likert* de 7 pontos, entre o “discordo totalmente” e o “concordo totalmente”. Esta análise foca várias dimensões da exploração, incluindo desvalorização, desigualdade de poder, desrespeito e injustiça económica. Sendo que é uma amostra com uma fiabilidade boa ($\alpha=0,89$).

Dados sociodemográficos e profissionais. As últimas perguntas do questionário são fundamentais para a caracterização da amostra. Com isto, foi possível obter informações acerca da idade, género, profissão, anos de experiência laboral, tipo de instituição de saúde que exerce funções e percentagem de tempo dedicado, anos de longevidade na empresa e a sua localização por distrito.

Capítulo 3 - Resultados

3.1. Análise Estatística

Para conseguir chegar aos resultados foi elaborada uma análise estatística utilizando medidas de tendência central (média, mediana e moda) e não central (quartis, decis e percentis). Além disso, usou-se as medidas de dispersão (variância e desvio-padrão) que são bastante úteis para avaliar a representatividade da média. Ainda se recorreu à estatística inferencial para extrapolar as conclusões obtidas na amostra para a população em geral. Nesse contexto, utilizou-se o coeficiente de consistência interna, conhecido como *Alpha de Cronbach*, para avaliar a confiabilidade dos instrumentos de medição utilizados no estudo.

Para fazer análise usámos o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) a versão 29 para *Windows*.

3.2. Apresentação e Análise dos Resultados

Primeiramente, foi elaborada uma análise estatística descritiva dos valores da média e respetivos desvios padrão obtidos nas variáveis observadas na Tabela 3.1.

Os resultados sugerem que os profissionais têm uma visão ligeiramente fraca em relação à ideologia administrativa ($M=3,70$), à objetificação ($M=3,80$) e ao estatuto ($M=3,90$) no trabalho com alguma variabilidade nas opiniões ($\sigma=1,24$; $\sigma=1,26$ e $\sigma=1,18$, respetivamente). Por outro lado, a ideologia profissional é percebida de forma mais positiva ($4,74$), com pouca dispersão ($\sigma=0,70$), ou seja, mais consenso. Os valores da intenção de saída sugerem uma média de $3,81$, estando apenas ligeiramente acima do ponto médio. A alta variabilidade entre as respostas pode indicar que alguns indivíduos estão muito inclinados a sair ($\sigma=1,57$).

As correlações de *Pearson* oferecem uma visão mais profunda das inter-relações entre essas variáveis, destacando aspetos críticos do ambiente de trabalho como abaixo comprova a Tabela 3.1. Notavelmente pela tabela é visível a relação positiva que a ideologia profissional tem com o JE ($r = 0,28$, $p < 0,001$) e que por sua vez, está negativamente relacionado à intenção de saída ($r = -0,26$, $p < 0,001$), ao contrário da relação do JE com a ideologia administrativa, que não é significativa ($r = 0,05$, $p = 0,49$).

Ademais, a percepção de dignidade no trabalho ($r = 0,36$, $p < 0,001$) e estatuto ($r = 0,43$, $p < 0,001$) estão fortemente ligadas ao JE, provando que esses fatores contribuem para uma maior imersão dos profissionais na organização. Esta dignidade ($r = -0,35$, $p < 0,001$) e estatuto percebido ($r = -0,35$, $p < 0,001$), ao fortalecer o *Job Embeddedness*, contribui para uma menor intenção de saída.

Por outra perspectiva, temos as percepções negativas, como a objetificação ($r = -0,50$, $p < 0,001$) e a exploração no trabalho ($r = -0,58$, $p < 0,001$), que estão negativamente correlacionadas com o JE, sugerindo que tais percepções podem reduzir as ligações dos profissionais com a organização, o que aumenta a sua intenção de saída ($r = 0,55$, $p < 0,001$) ($r = 0,67$, $p < 0,001$).

Finalmente, o *Job Embeddedness* está fortemente e negativamente correlacionado com a intenção de saída da organização ($r = -0,80$, $p < 0,001$), indicando que quanto mais imersos os profissionais estão no seu trabalho, menor é a probabilidade de considerarem deixar a organização.

Tabela 3.1 Correlações entre as variáveis em estudo

		<i>M</i>	<i>DP</i>	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	<i>Ideologia Profissional</i>	4,74	0,70	-							
2.	<i>Ideologia Administrativa</i>	3,70	1,24	.21**	-						
3.	<i>Dignidade no Trabalho</i>	5,24	0,95	.32**	.18*	-					
4.	<i>Estatuto no Trabalho</i>	3,90	1,18	.22**	.32**	.40**	-				
5.	<i>Objetificação no Trabalho</i>	3,80	1,26	-.24**	.23**	-.33**	-.33**	-			
6.	<i>Exploração no Trabalho</i>	3,94	1,12	-.27**	-.05	-.45**	-.48**	.69**	-		
7.	<i>Job Embeddedness</i>	4,23	1,21	.28**	.05	.36**	.43**	-.50**	-.58**	-	
8.	<i>Intenção de Saída</i>	3,81	1,57	-.26**	-.06	-.35**	-.35**	.55**	.67**	-.80**	--

*N=189. M = média de cada variável. DP= desvio padrão de cada variável. **Correlação significativa ao nível de 0,01.*

**Correlação significativa ao nível de 0,05.*

É também visível na Figura 3.2 que no setor privado ($M=4,71$) existe uma percepção de ideologia administrativa significativamente maior comparativamente com o setor público-privado ($M=3,89$) e público ($M= 3,07$). No setor privado da saúde a variável estatuto no trabalho é também a que apresenta a maior média ($M = 4,43$), sendo que a menor é a que se situa no setor público-privado ($M= 3,66$).

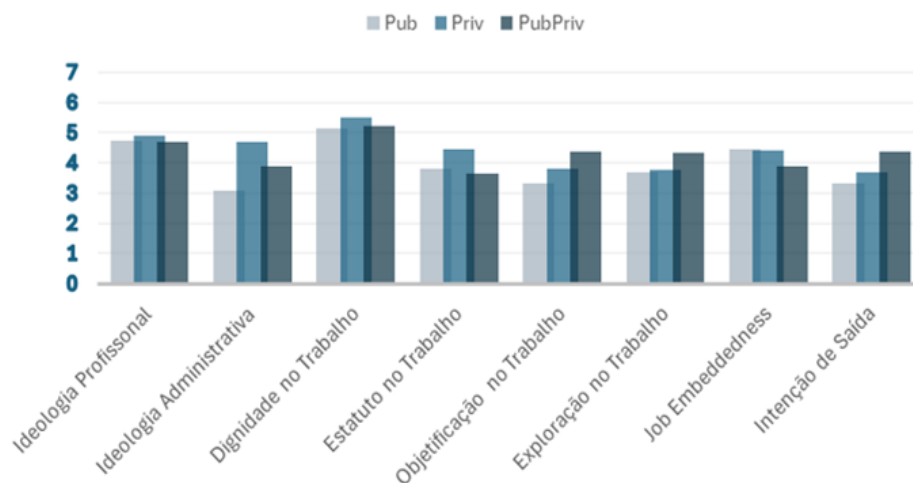
Uma das variáveis mais alarmantes é sem dúvida a exploração vivenciada pelos profissionais na sua organização, sendo que o setor público-privado é aquele que mais sofre com a questão ($M=4,33$), apresentando uma diferença significativa quando comparado com o público ($M=3,69$) e o privado ($M=3,75$). Seguindo a mesma tendência, temos a variável objetificação no trabalho com valores preocupantes no setor público-privado ($M=4,38$).

Os profissionais do setor público (M=4,46) e do setor privado (M=4,43) da saúde são mais imersos e demonstram uma menor intenção de saída (M=3,32; M=3,69; respetivamente) para com a organização. Ao contrário, os que exercem nos dois setores, são profissionais menos imersos à organização (M=3,88) e com uma maior vontade de sair (M=4,36).

A média do fator ideologia profissional não apresenta diferença significativa entre os setores público e privado ($F= 1,18$, $p = 0,31$), sugerindo que as perceções profissionais são semelhantes entre os profissionais de saúde, independentemente do setor. Ao contrário, temos o fator ideologia administrativa que demonstra uma diferença significativa ($F= 30,11$, $p < 0,001$), indicando que há uma perceção distinta entre setores quanto aos modelos administrativos.

O fator dignidade no trabalho apresenta uma média ligeiramente mais alta no setor privado, mas sem significância estatística ($F= 1,90$, $p = 0,15$), o que indica que este fator não é um diferenciador claro entre os setores. Por outro lado, temos a objetificação, o estatuto e a exploração no trabalho que apresentam uma diferença significativa entre setores ($F= 15,51$, $p < 0,001$; $F= 5,80$, $p = 0,004$; $F= 7,47$, $p < 0,001$, respetivamente), o que sugere que há diferenças notáveis na perceção dos profissionais de saúde em relação a vários fatores no contexto de trabalho, dependendo se eles exercem no setor público, privado, ou em ambos.

Por fim, o JE ($F= 5,25$, $p=0,006$) e a intenção de saída ($F= 8,99$, $p < 0,001$) compravam também a ideia de que os seus valores se diferenciam consoante os princípios que a organização se rege.



Setor	Ideologia Profissional	Ideologia Administrativa	Dignidade no Trabalho	Estatuto no Trabalho	Objetificação no Trabalho	Exploração no Trabalho	Job Embeddedness	Intenção de Saída
Pub	4,72	3,07	5,14	3,81	3,30	3,69	4,46	3,32
Priv	4,91	4,71	5,50	4,43	3,80	3,75	4,43	3,69
PubPriv	4,70	3,89	5,21	3,66	4,38	4,33	3,88	4,36
ANOVA F	1,18	30,11**	1,90	5,80*	15,51**	7,47**	5,25*	8,99**

Figura 3.2 Perceção das variáveis pelos profissionais de saúde por setor

Ao analisar a Tabela 3.2, a variável dependente JE, indica que as variáveis independentes explicam 39% da variabilidade ($R^2 = 0,39$) na retenção dos profissionais de saúde. O modelo é estatisticamente significativo (ANOVA $F = 19,49$, $p < 0,001$), o que indica que as variáveis consideradas contribuem significativamente para a explicação do *Job Embeddedness*.

Entre as variáveis analisadas, o estatuto no trabalho emerge como o fator relevante, com um coeficiente positivo e estatisticamente significativo ($\beta = 0,18$, $p < 0,05$), sugerindo que quanto maior o estatuto percebido pelo profissional, maior é o seu nível de ligação com a organização. Por outro lado, as variáveis objetificação no trabalho ($\beta = -0,17$, $p < 0,05$) e exploração no trabalho ($\beta = -0,32$, $p < 0,001$) apresentam coeficientes negativos e significativos, indicando que percepções destas reduzem significativamente o JE, ou seja, enfraquecem o vínculo dos profissionais de saúde com a organização.

Por fim, é de salientar que as variáveis mais utilizadas neste tipo de estudos como a de ideologia profissional ($\beta = 0,10$, $p = 0,13$) e administrativa ($\beta = -0,02$, $p = 0,82$), bem como a dignidade no trabalho ($\beta = 0,05$, $p = 0,45$), não apresentaram coeficientes estatisticamente significativos, sugerindo que esses fatores não têm uma influência determinante no *Job Embeddedness* dentro das condições analisadas.

Tabela 3.2 *Job Embeddedness* como variável dependente

Variáveis Independentes	
<i>Ideologia Profissional</i>	,10
<i>Ideologia Administrativa</i>	-,02
<i>Dignidade no Trabalho</i>	,05
<i>Estatuto no Trabalho</i>	,18*
<i>Objetificação no Trabalho</i>	-,17*
<i>Exploração no Trabalho</i>	-,32**
R^2	0,39
R^2 Ajustado	0,37
ANOVA F	19,49**

.N= 189; * $p < .05$; ** $p < .01$. Reportam-se os coeficientes estandardizados.

Na Tabela 3.3 observamos a intenção de saída como variável dependente, o que revela um quadro mais complexo, com 72% da variabilidade, sendo explicada pelas variáveis independentes ($R^2 = 0,72$). O modelo foi altamente significativo (ANOVA $F = 66,52$; $p < 0,001$), indicando uma forte capacidade explicativa dos fatores analisados.

A variável exploração no trabalho destacou-se como o fator com maior impacto positivo na intenção de saída ($\beta = 0,30$, $p < 0,001$) sugerindo que percepções de exploração aumentam significativamente a intenção dos profissionais de saúde de deixarem a organização. No que toca ao JE, este apresentou um coeficiente negativo e significativo ($\beta = -0,64$, $p < 0,001$), indicando

que quanto mais os profissionais estão integrados e conectados com a organização, menor é a sua intenção de saída.

O estatuto no trabalho mostrou-se novamente significativo e positivamente ($\beta = 0,11$, $p < 0,05$) relacionado com a intenção de saída, embora com um impacto menor em comparação com a exploração. Em concordância com o já analisado, a ideologia profissional ($\beta = 0,002$, $p=0,96$), ideologia administrativa ($\beta = -0,07$, $p=0,12$), dignidade no trabalho ($\beta = 0,01$, $p=0,77$) e a objetificação no trabalho ($\beta = 0,09$, $p=0,15$) não apresentaram resultados significativos, sugerindo que esses fatores têm menor influência direta sobre a intenção de saída dos profissionais de saúde.

Tabela 3.3 Intenção de Saída como variável dependente

<i>Variáveis Independentes</i>	
<i>Ideologia Profissional</i>	,002
<i>Ideologia Administrativa</i>	-,07
<i>Dignidade no Trabalho</i>	,01
<i>Estatuto no Trabalho</i>	,11*
<i>Objetificação no Trabalho</i>	,09
<i>Exploração no Trabalho</i>	,30**
<i>Job Embeddedness</i>	-,64**
<i>R²</i>	0,72
<i>R² Ajustado</i>	0,71
<i>ANOVA F</i>	66,52**

N= 189; * $p < .05$; ** $p < .01$. Reportam-se os coeficientes estandardizados.

Capítulo 4 - Discussão

4.1. Principais Resultados

É cada vez mais notória a escassez de recursos humanos na saúde o que faz com que fique comprometida a qualidade destes serviços no nosso país por diversos fatores. A maioria das discussões andam em volta dos mesmos motivos, ora se trata dos baixos salários e da pressão percebida, ou então das condições precárias de trabalho. Contudo, esta investigação procura uma abordagem multifatorial da retenção de profissionais de saúde, ou seja, de que forma o setor que se inserem, os modelos mentais, a dignidade, o estatuto, a objetificação e a exploração percebidos pelos profissionais no local de trabalho, influenciam a sua ligação à organização e por consequente a sua intenção de saída.

Assim, ao desenvolver este trabalho também se teve em conta que esta tendência da retenção de profissionais de saúde não pode ser tomada de igual forma, ou seja, dependendo do setor que se encontra pode ou não obter os mesmos resultados. Isto também acontece porque cada setor se encontra em pontos de situação diferentes. Por exemplo, no setor público, o SNS tem sofrido particularmente com a dificuldade de reter os seus profissionais. Em 2023, houve um aumento de 12,7% nas horas extraordinárias pagas, um reflexo direto da sobrecarga de trabalho enfrentada pelos profissionais que permanecem no sistema. Esta sobrecarga, combinada com a falta de autonomia e as limitações orçamentais, termina em profissionais bastante insatisfeitos (Conselho das Finanças Públicas, 2024). Já no setor privado, a necessidade de rentabilizar as organizações pode aumentar a pressão sobre os trabalhadores para satisfazerem um maior número de pacientes e/ou atingirem as metas financeiras traçadas.

Por outro lado, temos os profissionais de saúde que desempenham funções nos dois setores, que por serem uma combinação, demonstram dificuldades em manter o equilíbrio entre os interesses de cada parte, o que conduz a frustrações e incertezas laborais. É neste sentido bastante importante analisar cada setor de forma específica, identificando fatores distintos que influenciam a retenção. Esses aspetos variam consideravelmente entre os setores, e se não forem analisados de forma separada, podem ser esquecidos numa abordagem geral, podendo levar a conclusões superficiais ou pouco aplicáveis ao mundo real.

Assim, primeiramente o estudo procurou responder à questão de investigação de como os fatores ideologias profissional e administrativa, a dignidade, estatuto, objetificação e exploração no contexto do trabalho, são experienciados de forma diferente em cada setor da saúde.

Posto isto, graças aos resultados obtidos na investigação foi possível concluir que a ideologia administrativa apresentou uma diferença significativa entre setores, com o setor

privado a registar a perceção mais elevada, seguido pelo setor público-privado, e o setor público com a média mais baixa. Com isto, aferimos que o setor privado da saúde se posiciona mais na vertente de gestão administrativa centrada na eficiência, estando alinhado com as características mais competitivas e visionárias do mercado (Mamede, 2013). Contrariamente, a ideologia profissional não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os setores, ou seja, independentemente do contexto organizacional, os profissionais de saúde mantêm perceções homogêneas e similares quanto ao valor intrínseco e ético da sua profissão.

Outra variável do estudo é a dignidade no trabalho, que apesar de ser percebida de forma mais positiva no setor privado, esta diferença não foi significativa, sendo este fator um valor universalmente importante para os profissionais de saúde, independente do tipo de organização (Liang et al., 2021).

Adicionalmente, foram detetadas grandes descobertas no estudo da variável estatuto no trabalho. Neste sentido, os profissionais do setor privado atribuíram-lhe uma maior importância, comparativamente com os do setor público-privado e público, o que salienta mais a ideia de o setor privado oferecer mais e melhores oportunidades de progressão de carreira e de reconhecimento. Nos setores público-privado e público, embora o estatuto também seja relevante, a progressão de carreira pode ser percebida como mais estática ou ligada a regras e processos mais rígidos, o que diminui a perceção de oportunidades de crescimento e reconhecimento (Mamede, 2013).

No que toca à objetificação no local laboral, foi confirmada a discrepância significativa entre setores, sendo que os profissionais que se sentem mais objetificados são aqueles que desempenham funções em ambos os setores, público e privado. Essa dualidade de funções pode estar a fazer com que o profissional sinta que é valorizado apenas pelo que entrega, não existindo espaço para a organização ver a identidade profissional, funcionando muito como “máquinas de fazer dinheiro”.

Apesar de todo o estudo ter fornecido *insights* valiosos, a variável de exploração no trabalho foi particularmente alarmante e provou as diferenças significativas que existe em cada setor. Segundo o estudo, quem exerce funções nos dois setores, público e privado, apresentou os maiores índices de exploração percecionada. Em conformidade, é possível levantar algumas questões. Estará o profissional de saúde em sobrecarga de trabalho excessiva, falta de reconhecimento e a remuneração inadequada quando exerce as suas funções nos dois setores da saúde? Ademais, é possível que os trabalhadores ao exercerem este tipo de funções, enfrentem exigências elevadas de desempenho, muitas vezes sem a flexibilidade por parte das organizações.

Ainda importa ressaltar que tanto a variável JE e intenção de saída confirmam os desequilíbrios entre setores. Retratando que os colaboradores que trabalham nos dois

principais setores em simultâneo são menos ligados à organização (JE) e por consequente percebem uma maior intenção de saída.

Assim, em resposta à questão levantada existe uma clara diferenciação na forma como os profissionais de saúde vivenciam o ambiente de trabalho nos diferentes setores. Ou seja, o setor privado é percebido como mais eficiente e competitivo, oferecendo melhores oportunidades de progressão e reconhecimento. Por outro lado, o setor público tende a ser mais burocrático, com menos flexibilidade e oportunidades de crescimento. Já aqueles que atuam simultaneamente em ambos os setores sofrem maior exploração e objetificação, refletindo sobrecarga de trabalho e uma insatisfação que leva a uma maior intenção de saída e menor ligação às organizações.

Outro objetivo do estudo foi testar as hipóteses de investigação. Desta forma, em concordância com a revisão de literatura elaborada, é visível a componente afetiva e não afetiva, ou seja, o contexto organizacional (*on-the-job*) e comunitário (*off-the-job*) presente no estudo do JE que leva o indivíduo a permanecer no seu trabalho.

Assim, para fator antecedente interno foram selecionados os modelos mentais de organização, contendo uma componente profissional e administrativa. Para isso, pretendeu-se saber se para os profissionais de saúde este fator tinha ou não influência direta no JE. Por outro lado, para fatores antecedentes externos temos a dignidade, o estatuto, a objetificação e a exploração no contexto do trabalho, que se procura verificar se tem ou não efeito no JE. Por fim, o JE irá funcionar como um mediador, ou seja, procura chegar à conclusão se está ou não relacionado, positiva ou negativamente, com a intenção de saída das organizações.

Posto isto, foi claro que os profissionais têm uma visão ligeiramente fraca em relação à ideologia administrativa, mas ao contrário não se verifica com a ideologia profissional. Contudo, o que é preocupante é que as organizações de saúde, que antes eram geridas sobretudo por princípios de organização profissional, atualmente fornecem mais ênfase à lógica administrativa (Bunderson, Lofstrom & Van de Ven, 2000).

Para perceber melhor a variável aplicou-se as forças externas do JE. Assim, o *fit* dos profissionais de saúde à organização, funciona no sentido de quanto mais as organizações seguirem ideologias profissionais, mais imersos ficam os profissionais ao seu local de trabalho. Ou seja, quanto mais os funcionários estiverem alinhados com a missão, visão e valores da instituição, possuírem autonomia nas tarefas e possibilidade de tomar decisões, mais comprometidos e satisfeitos se encontrarão (Allen et al., 2016).

Continuando com a mesma linha de pensamento, os *links* serão bastante importantes para os profissionais, pois ao terem mais poder de decisão e maior ligação com a chefia, mais laços se criarão e mais ligados à organização ficarão. Assim, como o JE fala nas totalidades das forças subjacentes a cada pessoa, o desenvolvimento de *fit* e *links* por meio de modelos baseados em ideologia profissional aumentará os sacrifícios percebidos ao deixar a

organização de saúde, tornando mais difícil essa decisão (Mitchell et al., 2001). Contudo, este fator não se mostrou significativo na análise de regressão como um fator determinante da retenção de profissionais de saúde.

Em contrapartida, a ideologia administrativa não demonstrou ligação evidente com o JE, sugerindo que o alinhamento com os valores e práticas administrativas da organização não é um fator determinante na retenção dos profissionais. Isto pode dever-se à distância percebida entre trabalhadores e as decisões administrativas, podendo os primeiros sentirem-se à parte das políticas organizacionais. Estes resultados não comprovam significativamente as hipóteses, isto é, ambas as ideologias não são um fator preponderante para aumentar ou diminuir a ligação à organização (JE).

Porém, o impacto da dignidade no trabalho no JE mostrou ser positivo, o que aponta que ambientes de trabalho onde os profissionais se sentem respeitados e valorizados promovem uma maior imersão laboral, embora esta não seja considerável, dada a análise de regressão elaborada. Assim, a hipótese de que a dignidade no trabalho está positivamente relacionada com o *Job Embeddedness* não foi expressiva dado os resultados obtidos.

Além disso, para confirmar a ideia de Bunderson e Reagans (2011) do facto de o estatuto ser crucial na retenção dos profissionais, os resultados demonstraram que este faz aumentar o JE, ou seja, comprova a importância do prestígio e das recompensas na retenção dos funcionários. Com isto, testamos a veracidade da hipótese através da análise de regressão de que estatuto no trabalho percebido pelos profissionais de saúde está positivamente relacionado com o JE. Assim, provamos que trabalhadores que têm um estatuto mais elevado ou veem potencial para alcançá-lo, especialmente em ambientes onde isso é valorizado, tendem a envolver-se mais nas redes sociais internas, o que favorece tanto o desenvolvimento profissional quanto a ligação à organização. Porém, o facto de o estatuto no trabalho gerar mais responsabilidades e mais visibilidade aos trabalhadores, poderá fazer com que surjam alguns convites para deixar a organização em que se inserem e abraçar outros projetos mais ambiciosos, seja do ponto de vista financeiro, seja no ponto de vista pessoal, podendo aumentar assim a intenção de saída, que se mostrou com uma ligação positiva na análise de regressão.

Não podemos deixar de salientar que muitos dos inquiridos se sentiram objetificados no local de trabalho. Assim, com a análise de regressão a evidenciar um papel significativo na diminuição do JE, levou-nos a mostrar a veracidade da hipótese de que objetificação no trabalho está negativamente relacionada com o *Job Embeddedness*, reforçando o ponto de que ambientes de trabalho desumanos minam a relação entre o profissional e a organização, levando a uma maior rotatividade (Sainz et al., 2021). Assim, quando os profissionais de saúde se sentem desumanizados nas suas necessidades e mais valias, há uma quebra no *fit* com a organização. Além disso, os *links* ficam comprometidos, pois a objetificação tende a

enfraquecer as relações no ambiente de trabalho, ao distanciar emocionalmente o trabalhador dos seus colegas e superiores (Crone et al., 2021).

Portanto, o modelo de JE sugere que a retenção está associada às forças que impedem o indivíduo de deixar o emprego. Quando a objetificação no trabalho é percebida, essas forças são enfraquecidas, pois o trabalhador não vê valor em permanecer numa organização que o trata de maneira indiferente. Isso aumenta a probabilidade de procurar um ambiente mais humano, onde o ajuste e os vínculos sejam mais fortes e os sacrifícios ao sair sejam maiores (Rochford et al., 2016).

Além disso, o fator que demonstrou estar fortemente associado ao JE foi a exploração no trabalho. Esta relação mostrou que à medida que os trabalhadores se sentem mais explorados pelas suas organizações, menos ligações criam com ela, e a sua intenção de abandonar o emprego aumenta consideravelmente, comprovando uma das hipóteses desta investigação.

Por fim, outra descoberta é a forte correlação negativa entre o JE e a intenção de saída. Este resultado confirma o pressuposto central do modelo de *Job Embeddedness*, ou seja, quanto mais os profissionais de saúde se sentem imersos e conectados à sua organização, menor é a sua intenção de sair (Crossley et al., 2007). Este dado reforça a importância das organizações implementarem políticas e práticas que aumentem o sentido de conectar os seus profissionais, seja através da criação de ambientes de trabalho mais inclusivos, oportunidades de crescimento, ou aumento do reconhecimento e o apoio institucional (Holtom et al., 2021).

Com isto, prova-se que a objetificação, a exploração e o estatuto no trabalho, são preditores poderosos do JE.

4.2. Implicações Teóricas

O trabalho de investigação provou que o modelo JE pode ser bastante eficaz na compreensão da retenção de profissionais de saúde, e que o estudo de novas variáveis aplicadas ao modelo é essencial, pois a relação entre o profissional e a organização é de natureza multifatorial e está em constante mudança, influenciada por fatores sociais, culturais e até tecnológicos (Ng e Feldman, 2007). Assim, conseguimos, ao estudar diversos fatores de retenção, saber se estes fazem o trabalhador estar menos ligado à organização e por conseguinte ser um motivo pelo qual deseja sair (Mitchell et al., 2001).

Além do mais, a revisão de literatura abordou várias teorias como a da conservação de recursos (COR) desenvolvida por Hobfoll (2002) que se corrobora neste estudo. Esta teoria sugere que os indivíduos procuram preservar e acumular recursos, sejam eles físicos, emocionais ou sociais. A dualidade de exercer funções nos dois setores, público e privado,

cada vez é mais notória. Isto provoca a acentuação da sensação de exploração, já que quem trabalha precisa muitas vezes de equilibrar essa dualidade para compensar a falta de algo que não encontrou em apenas um dos setores. Assim, comprovamos a teoria na prática, pois segundo Mitchell et al. (2001), o JE reflete diretamente nas percepções de valorização ou exploração dos trabalhadores, sendo que aqueles que se dividem entre ambos os setores podem ter a sua ligação emocional e profissional com as instituições enfraquecida. Esta lacuna faz com que exista desgaste físico e mental, perda dos recursos psicológicos, contribuindo para a sensação de que são meramente peças de um sistema que maximiza o seu uso sem retorno correspondente em prestígio ou segurança, enfraquecendo o vínculo com a organização, o que aumenta a probabilidade de rotatividade.

Além do mais, o JE reflete-se em três elementos: os *links*, o *fit* e os sacrifícios percebidos ao deixar a organização. A investigação mostra que fatores como a exploração e a objetificação, afetam diretamente esses três elementos, principalmente nas pessoas que exercem nos dois setores (Mitchell et al., 2001). Profissionais de saúde que percebem um maior ajuste com o ambiente organizacional, especialmente quando este valoriza a progressão e o respeito ético, desenvolvem vínculos mais fortes com a instituição. Por outro lado, sentirem-se objetificados e explorados enfraquece esses vínculos, o que prejudica a conexão com o local laboral, tendo as organizações o papel de reconsiderar as práticas organizacionais (Crossley et al., 2007).

Segundo Bunderson, Lofstrom & Van de Ven (2000), as organizações de saúde, que antes se guiavam por modelos profissionais, têm vindo a adotar progressivamente lógicas administrativas, centradas em eficiência e produtividade. No entanto, o estudo demonstra que os profissionais de saúde tendem a preferir modelos profissionais, alinhados com valores éticos e de autonomia profissional. Essa diferença prejudica o JE, por diminuir o *fit* ao não ir de encontro às expectativas do colaborador, o que poderá enfraquecer a sua ligação com o local de trabalho.

A análise das diferenças entre os setores público e privado também revela importantes implicações. Por exemplo, no setor privado ficou reforçada a ideia de competitividade e que as oportunidades de crescimento tendem a ser mais enfatizadas, influenciando de forma diferente os fatores de sacrifício e adequação (Mamede, 2013). Em contrapartida, também neste setor há uma preocupação com o estudo percebido pelos seus colaboradores. Já no setor público os profissionais de saúde geralmente encontram maior estabilidade e benefícios a longo prazo, o que está ligado a que também tenham mais anos de exercício na organização e por conseguinte, tenham um maior sentimento de enraizamento laboral (OCDE, 2021).

As implicações teóricas derivadas deste estudo reforçam a necessidade de adotar uma abordagem holística para a gestão de recursos humanos na saúde, considerando tanto os

fatores internos como os externos. A análise por setor prevê que a retenção não pode ser abordada de forma homogênea, pois há diferenças significativas entre os setores, o que exige uma personalização das políticas de retenção.

4.3. Implicações Práticas

O trabalho de investigação aponta para a necessidade urgente de melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde para aumentar a sua retenção. Como defende Collini et al. (2015), uma má gestão dos recursos humanos pode levar a um aumento da rotatividade e a custos substanciais relacionados à contratação e formação de novos profissionais. Para enfrentar este desafio, é fundamental que as organizações de saúde invistam na criação de ambientes de trabalho mais saudáveis (Allen et al., 2016).

Através deste estudo é possível retirar uma série de implicações práticas relevantes para a gestão e liderança de profissionais de saúde. Desenvolver estratégias que reforcem o alinhamento entre os profissionais e os valores da organização (*fit*), promove uma rede de ligações interpessoais fortes dentro do local de trabalho (*links*) e aumenta o custo da saída (sacrifícios) (Holtom et al., 2021).

Além disso, ao provar-se a preferência dos colaboradores por ideologias profissionais, as organizações devem entender e promover a autonomia, o poder de decisão e o alinhamento com a missão e visão destes, de modo a fortalecer os seus vínculos e o compromisso (Freidson, 1978).

Ademais, é muito importante a definição clara de planos de carreira e de contratos laborais, principalmente no setor privado em que a competitividade é maior, e assim conseguimos aumentar o sentimento de adequação dos profissionais ao aumentar a estabilidade contratual. Ainda no setor privado, é importante que a organização ofereça benefícios a longo prazo, devido a uma maior instabilidade percebida pelos trabalhadores deste setor. Em contrapartida, no setor público, devem existir uma revisão das políticas de progressão de carreira, proporcionando oportunidades de crescimento e reconhecimento. Estas oportunidades incentivam os profissionais a permanecer, fazendo-os sentir recompensados pelas suas funções e performance, o que permite uma maior conexão com o próprio local de trabalho.

Algo importante nesta área da saúde, mas em especial para os profissionais que atuam em ambos os setores público e privado, é reconhecer o desgaste físico e mental dos trabalhadores, que foi evidente neste estudo e que vai de encontro aos dados de problemas de saúde mental recolhidos pelo Serviço Nacional de Saúde (2023). Assim, cabe à chefia

investir em políticas de bem-estar físico e mental como: criação de espaços de descompressão, organizar programas de *mindfulness*, fornecer trabalho remoto e flexível, aderir a plataformas de bem-estar, ou até intervalos regulares entre o tempo de trabalho.

Para quem trabalha em simultâneo nos dois setores, é estritamente evidente que os líderes prestem atenção à necessidade de se fomentar um ambiente de trabalho humanizado, para que aqueles que trabalham possam equilibrar bem as suas funções e não se sintam explorados ou objetificados. Isto pode ser feito através de uma comunicação aberta, partilha de decisões transparentes, delegação de autonomia, *feedback* recorrente, *check-ins* sistemáticos onde se pergunta regularmente "Como te sentes?" ou oferecer sessões de aconselhamento psicológico.

Além disso, os gestores têm de ter em atenção que as pessoas que trabalham nesta dualidade precisam de definir bem os seus afazeres, sendo para isso necessário uma boa gestão de tempo. Nisto, as organizações podem dar um auxílio, incentivando por exemplo o uso de ferramentas como agendas digitais, na definição e garantia que os prazos definidos sejam realistas ou até na marcação de reuniões recorrentes onde analisem a procura de forma a realocar tarefas ou ajustar prioridades.

Importa acrescentar que o JE é um preditor importante na retenção de profissionais de saúde, ou seja, que quanto mais os profissionais se sentem imersos e conectados à sua organização, menor é a sua intenção de sair, tendo os responsáveis das organizações que focar naquilo que os seus trabalhadores valorizam e os fazem sentir imersos, para que o desfecho não seja a saída para outro local de trabalho.

Por fim, estas implicações práticas vão permitir que gestores e líderes de organizações de saúde adotem uma abordagem integrada, que considere as diferenças entre setores, os efeitos psicológicos de práticas laborais negativas e as oportunidades de progressão de carreira, pode ser essencial para reverter a tendência de rotatividade elevada.

4.4. Limitações e Investigação Futura

Apesar de termos tido resultados bastante positivos e relevantes para a problemática levantada, a investigação apresentou algumas limitações. Por exemplo, no envio do questionário usou-se uma amostra por conveniência, ao enviá-lo através de contactos informais fazendo com que existisse uma generalização para a população. Este aspeto ficou evidente no número de amostras recolhidas por setor, ou seja, houve mais *feedback* de pessoas do setor público, o que torna a conclusão menos fidedigna. Em contraste, o número de pessoas que exerciam funções somente no setor privado ficaram um pouco aquém do expectável para se poder concluir com mais rigor os resultados destes profissionais.

Em concordância com o supramencionado, o mesmo se verificou na disposição geográfica dos inquiridos. A maioria das respostas surgiu de profissionais que exercem as suas funções em Viseu e Lisboa, limitando o estudo a estes dois pontos centrais. Seria benéfico no futuro haver estudos mais abrangentes, onde se pudesse recolher uma amostra mais homogénea nos diferentes distritos de Portugal, para se perceber melhor como o fator localização afeta as variáveis em estudo.

Além disso, o facto do questionário ter sido respondido num só momento, leva-nos a concluir que as respostas foram feitas tendo por base o estado de espírito da pessoa no momento, ou seja, limita-as à relação que a pessoa estava a sentir com a organização naquele momento, podendo não abranger a relação geral que a pessoa sente. Seria positivo no futuro poder haver mais do que um questionário feito à mesma pessoa em alturas diferentes, para se verificar com maior rigor que as suas respostas não surgiram de um momento de stress no trabalho ou de êxtase, levando a que a sua opinião seja mais sincera.

Outra limitação está em fatores externos não controlados, nomeadamente um fator político que ocorreu durante este estudo. Recordar que no início do mesmo, o nosso governo era presidido por António Costa que posteriormente passou a pasta a Luís Montenegro. Este episódio levou a mudanças inerentes na área da saúde com a nomeação de Ana Paula Martins como nova ministra. Com isto, podemos ter em conta que algumas respostas do estudo foram influenciadas pela mudança e instabilidade que se fez sentir em Portugal neste último ano. Ainda é relevante destacar que há uma carência notável de estudos voltados especificamente para profissionais de saúde que exerçam funções nos dois setores, público e privado da saúde em Portugal, o que dificultou imenso a profundidade do estudo.

Para além disso, a investigação direccionou-se em variáveis como dignidade, estatuto, objetificação e exploração no trabalho, mas existem outros fatores que podem influenciar essa retenção e que não foram explorados. Por exemplo, futuros estudos deveriam focar em fatores mais pessoais, como o equilíbrio entre vida pessoal e profissional, saúde mental e o apoio social. Ainda importa salientar que o estudo foi conduzido num único ponto no tempo, o que limita a capacidade de inferir relações causais entre as variáveis. Por exemplo, confirmamos que existe uma ligação entre estatuto no trabalho e JE, mas não é possível concluir se esse estatuto percecionado leva diretamente à sua conexão com a organização ou se outros fatores mediadores estão em jogo.

Não obstante, para investigações futuras seria interessante envolver comparações internacionais. Neste sentido, comparar o sistema de saúde português com outros países de características semelhantes pode ajudar a identificar abordagens mais eficazes para a retenção de profissionais. Outra ideia para futuros investigadores, seria focar em gestores de recursos humanos ou cargos de chefia e explorar como estes desenvolvem e implementam políticas de retenção, quais métricas que seguem e como ajustam essas políticas às

expectativas dos colaboradores, como os planos de carreira e práticas de humanização no trabalho.

Por fim, é crucial concentrar mais estudos em profissionais de saúde que atuam tanto no setor público quanto no privado, tendo em vista as fragilidades inerentes a ambos os contextos. É assim fulcral que as pesquisas explorem estratégias eficazes para fortalecer a retenção desses profissionais, promovendo melhores condições de trabalho e equilíbrio entre as crenças e exigências dos dois setores.

Conclusão

Esta investigação procurou explorar algumas variáveis importantes para o estudo da retenção de profissionais de saúde. Assim, concluímos que os trabalhadores que exercem as suas funções exclusivamente no setor privado ou no setor público, têm noções e perspetivas diferentes acerca do ambiente de trabalho em que se inserem, com os primeiros a terem uma melhor perceção de estatuto, por se valorizar mais as oportunidades de progressão de carreira e o reconhecimento e os segundos são mais burocráticos e com menor flexibilidade. Em contrapartida, os profissionais que exercem funções nos dois setores encontram-se em posições mais frágeis, com uma maior perceção de objetificação e exploração no trabalho que, por conseguinte, os desconecta à organização. Com isto, a implementação de políticas organizacionais específicas, adaptadas às realidades de cada setor, poderá ser o caminho para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde em Portugal, assegurando a permanência dos profissionais nas suas funções e melhorando, assim, a qualidade dos serviços. Todos estes fatores, principalmente o estatuto, a objetificação e a exploração no trabalho, acrescentam valor à dinâmica *Job Embeddedness*, levando a uma consequente diminuição da intenção de saída.

Bibliografia

- Acta Médica Portuguesa. (2022). Impacto da COVID-19 na saúde mental. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/18077/6659/7971>
- Aguinis, H., Ramani, R. S., & Alabduljader, N. (2018). What you see is what you get? Enhancing methodological transparency in management research. *Academy of Management Journal*, 61(3), 838-861. <https://doi.org/10.5465/amj.2017.1421>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. (2003). Dual processes at work in a call centre: An application of the job demands–resources model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12(4), 393-417. <https://doi.org/10.1080/13594320344000165>
- Boada-Grau, J., & Gil-Ripoll, C. (2021). Predictors of professional exhaustion, workplace bullying and work satisfaction in workers of the Colombian agricultural sector. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53(1), 64–76. <https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.n1.7>
- Bruyneel, L., Thoelen, T., Adriaenssens, J., & Sermeus, W. (2017). Emergency room nurses' pathway to turnover intention: A moderated serial mediation analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(4), 930-942. <https://doi.org/10.1111/jan.13192>
- Bunderson, J. S., Lofstrom, S. M., & Van De Ven, A. H. (2000). Conceptualizing and measuring professional and administrative models of organizing. *Organizational Research Methods*, 3(4), 366-391. <https://doi.org/10.1177/109442810034004>
- Cho, E., Lee, N.-J., Kim, E.-Y., Kim, S., Lee, K., Park, K.-O., et al. (2016). Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 263–271. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009>
- Commission of the European Communities. (2008). Green paper on the European workforce for health. https://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf
- Conselho das Finanças Públicas. (2023). Evolução do desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2023. <https://www.cfp.pt/pt/publicacoes/sectores-das-administracoes-publicas/evolucao-do-desempenho-do-servico-nacional-de-saude-em-2023>
- De Simone, S., Planta, A., & Cicotto, G. (2018). The role of job satisfaction, work engagement, self-efficacy and agentic capacities on nurses' turnover intention and patient satisfaction. *Applied Nursing Research*, 39, 130-140. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.004>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>

- Dawson, A. J., Stasa, H., Roche, M. A., Homer, C. S., & Dufeld, C. (2014). Nursing churn and turnover in Australian hospitals: Nurses' perceptions and suggestions for supportive strategies. *BMC Nursing*, 13(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-11>
- De Vries, N., Boone, A., Godderis, L., Bouman, J., Szemik, S., Matranga, D., & De Winter, P. (2023). The race to retain healthcare workers: A systematic review on factors that impact retention of nurses and physicians in hospitals. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60, <https://doi.org/10.1177/00469580231159318>
- European Commission. (2021). 2021 country health profile: Portugal. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf
- Firth, B. M., Hollenbeck, J. R., Ilgen, D. R., Barnes, C. M., & Miles, J. W. (2018). Same page, different books: Extending representational gaps theory to enhance performance in multiteam systems. *Group & Organization Management*, 44(2), 217-250. <https://doi.org/10.1177/1059601118807784>
- Ghandour, S., Elzohairy, M., & Elsayed, N. (2019). Relationship between staff morale and intention to leave among professional nurses at Damanhour National Medical Institute. *Port Said Scientific Journal of Nursing*, 6, 178-194. <https://doi.org/10.21608/psjn.2019.32669>
- Gil, A. (2015). Dignity at work. PhilPapers. <https://philpapers.org/archive/GILDAW-2.pdf>
- Giorgi, G., Mancuso, S., Shoss, M. K., Leon-Perez, J. M., & Mucci, N. (2021). Stress and wellbeing at work: A cross-sectional study on personnel in emergency, intensive care, and psychiatric units. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 651071. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.651071>
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kozka, M., & Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross-sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 174-184. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019>
- Holtom, B. C., Mitchell, T. R., Lee, T. W., & Eberly, M. B. (2008). Turnover and retention research: A glance at the past, a closer review of the present, and a venture into the future. *Academy of Management Annals*, 2, 231-274. <https://doi.org/10.5465/19416520802211461>
- Human Resources for Health. (2017). The global health workforce crisis: Implications and future directions. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0187-2>
- ISCTE-IUL. (2023). Project report. https://www.iscte-iul.pt/assets/files/2023/12/04/1701695205446_108454005.pdf

- Jaiswal, D., & Dyaram, L. (2020). Impact of high-performance work systems on individual thriving at work: Exploring the role of organizational citizenship behaviour. *Journal of Managerial Psychology*, 35(7/8), 559-574. <https://doi.org/10.1108/JMP-05-2019-0276>
- Li, J. B., Dou, K., & Liang, Y. (2021). The relationship between authoritarian leadership and employees' discretionary workplace behavior: The mediating effect of organizational identification and the moderating role of psychological flexibility. *Current Psychology*, 40(9), 4235-4245. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01821-5>
- Liang, Y.-W., Chen, W.-Y., Lee, J.-L., & Huang, L.-C. (2012). Nurse staffing, direct nursing care hours and patient mortality in Taiwan: The longitudinal analysis of hospital nurse staffing and patient outcome study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 44. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-44>
- Mitchell, T. R., Hopper, H., Daniels, D., George-Falvy, J., & James, L. R. (2000). Predicting self-efficacy and performance during skill acquisition. *Journal of Management*, 26(4), 745–762. <https://doi.org/10.1177/109442810034004>
- Montgomery, A., Todorova, I., Baban, A., & Panagopoulou, E. (2013). Improving quality and safety in the hospital: The link between organizational culture, burnout, and quality of care. *British Journal of Health Psychology*, 18(3), 656–662. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12015>
- Nunes, F. G., & Martins, L. (2018). Janusian, anomic, agent and steward: How employees perceive the identity of healthcare organizations. *International Journal of Healthcare Management*, 32(9), 585–590. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1421873>
- OECD. (2021). The health workforce. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/be305c08-en/index.html?itemId=/content/component/be305c08-en>
- Rafferty, A. M., Clarke, S. P., Coles, J., et al. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 175-182. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.003>
- Saravia, E. (2018). Gobierno y gestión de los servicios de salud en América Latina. *Revista de Administración y Finanzas*, 5(2), 21-44. <https://www.redalyc.org/journal/2313/231369562002/231369562002.pdf>
- Serrano, S. A., Rico, R., & Gil, F. (2017). Coordinating teams: Towards a theory of coordination in multiteam systems. *Psychological Review*, 124(6), 645-667. <https://doi.org/10.1037/rev0000077>
- SNS24. (2023). Impacto da COVID-19 na saúde mental. <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/impacto-da-covid-19-na-saude-mental/>
- World Health Organization. (2010). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. World Health Organization.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44369/9789241564014_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2020). State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership. International Council of Nurses. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>

Yildiz, B., Yildiz, H., & Ayaz, A. O. (2021). Relationship between work-family conflict and turnover intention in nurses: A meta-analytic review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3317–3330. <https://doi.org/10.1111/jan.14870>

Anexos

Anexo A – Questionário

SECÇÃO I

Caro(a) Profissional de Saúde

O seguinte questionário de estudo online pretende focar o tema “**Retenção de Profissionais de Saúde**”. A retenção de profissionais tem sido um desafio bastante presente nos últimos anos, tanto no setor público quanto no privado em todo o mundo, o que transparece na capacidade dos sistemas de saúde em fornecer cuidados de qualidade à população.

Por meio desta pesquisa, pretende-se focar conhecimento no que diz respeito à rotatividade dos profissionais e aos fatores cruciais de retenção dos mesmos nas organizações de saúde.

É assim importante salientar que poderão participar na análise **todos os profissionais de saúde** que exerçam a sua atividade numa unidade de prestação de cuidados de saúde em **Portugal**.

Solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário que será **anónimo**, **confidencial** e demorará cerca de 10 minutos, salientando a importância da sua resposta para o sucesso do projeto, que aborda uma temática sensível e relevante nos dias de hoje.

Ressalvo que não há respostas certas ou erradas e que os dados obtidos serão tratados, analisados e divulgados de acordo com as regras de investigação científica.

Caso tenha alguma dúvida ou queira solicitar informação adicional contacte através do e-mail tatiana.dc.marques@gmail.com

Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado/a e aceito participar neste estudo, comprometendo a responder ao questionário.

Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado/a e aceito participar neste estudo, respondendo a este questionário. SIM _____ Não _____

SECÇÃO II

Pensando na organização em que trabalha como um todo, indique em que medida os atributos seguintes são adequados para descrever essa organização. (No caso de trabalhar em mais de uma organização, responda com foco na organização onde exerce funções a maior parte do seu tempo de trabalho semanal.)

De maneira nenhuma	Muito pouco	Um pouco	Moderadamente	Fortemente	Muito Fortemente	Completamente
1	2	3	4	5	6	7
1. Um sistema integrado, um conjunto bem organizado						1 2 3 4 5 6 7

2. Um sistema empreendedor, mostra iniciativa na procura de oportunidades de negócio	1 2 3 4 5 6 7
3. Uma organização que possui um corpo de profissionais competente	1 2 3 4 5 6 7
4. Uma entidade preocupada com a saúde da comunidade em que se insere	1 2 3 4 5 6 7
5. Uma organização que privilegia a consecução dos objetivos globais que estabeleceu	1 2 3 4 5 6 7
6. Uma entidade orientada para os negócios	1 2 3 4 5 6 7
7. Uma organização que promove a excelência dos cuidados aos doentes	1 2 3 4 5 6 7
8. Uma entidade que oferece cuidados de saúde acessíveis à comunidade em que se insere	1 2 3 4 5 6 7
9. Uma entidade globalmente coordenada	1 2 3 4 5 6 7
10. Uma organização que promove a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade	1 2 3 4 5 6 7
11. Uma entidade orientada para a comunidade em que se insere	1 2 3 4 5 6 7
12. Uma organização que compete com outras congéneres	1 2 3 4 5 6 7

SECÇÃO III

As questões seguintes procuram caracterizar como se posiciona relativamente à organização em que trabalha. (No caso de trabalhar em mais de uma organização, responda com foco na organização onde exerce funções a maior parte do seu tempo de trabalho semanal.)

Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

1. Sinto-me vinculado a esta organização	1 2 3 4 5 6 7
2. Seria difícil para mim deixar esta organização	1 2 3 4 5 6 7
3. Estou demasiado envolvido nesta organização para me ir embora	1 2 3 4 5 6 7
4. Sinto-me ligado a esta organização	1 2 3 4 5 6 7
5. Simplesmente não poderia deixar a organização para a qual trabalho	1 2 3 4 5 6 7
6. Seria fácil para mim deixar esta organização	1 2 3 4 5 6 7
7. Sinto uma forte conexão com esta organização	1 2 3 4 5 6 7
8. Assim que conseguir outro emprego aceitável, irei demitir-me.	1 2 3 4 5 6 7
9. Tenho muita vontade de sair desta organização.	1 2 3 4 5 6 7
10. Penso muitas vezes em sair.	1 2 3 4 5 6 7
11. Pretendo sair desta organização em breve.	1 2 3 4 5 6 7

SECÇÃO IV

Ainda tendo como foco a organização na qual exerce funções a maior parte do seu tempo de trabalho semanal, indique em que medida concorda com as seguintes afirmações.

Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

1. No meu trabalho, sou tratado(a) com dignidade	1 2 3 4 5 6 7
2. O meu local de trabalho é, para mim, uma fonte de dignidade	1 2 3 4 5 6 7

3. Eu tenho dignidade no trabalho	1 2 3 4 5 6 7
4. Tenho um nível de prestígio considerável na minha organização	1 2 3 4 5 6 7
5. Tenho um estatuto elevado na minha organização	1 2 3 4 5 6 7
6. Ocupo uma posição respeitada na minha organização	1 2 3 4 5 6 7
7. Tenho uma posição de prestígio na minha organização	1 2 3 4 5 6 7
8. Tenho um nível elevado de destaque na minha organização	1 2 3 4 5 6 7
9. A minha organização transmite-me a impressão de que o meu trabalho poderia ser feito por uma máquina	1 2 3 4 5 6 7
10. A minha organização leva-me a pensar que as minhas capacidades físicas são as únicas competências que eu tenho	1 2 3 4 5 6 7
11. A minha organização faz-me sentir que a minha saúde não tem importância e que não deve ser protegida	1 2 3 4 5 6 7
12. Se eu deixasse de ser útil à minha organização, seria dispensado(a)	1 2 3 4 5 6 7
13. A saúde e as minhas condições físicas são de menor importância para a minha organização	1 2 3 4 5 6 7
14. Sinto que o meu contrato de trabalho me torna um objeto descartável quando deixar de ser necessário	1 2 3 4 5 6 7
15. Na minha organização apenas sou procurado quando ela necessita de alguma coisa de mim	1 2 3 4 5 6 7
16. Enquanto eu estiver ao serviço da minha organização, ela irá aproveitar-se de mim	1 2 3 4 5 6 7
17. A minha organização não irá parar de me usar	1 2 3 4 5 6 7
18. A minha organização já se aproveitou de mim mais de uma vez	1 2 3 4 5 6 7

19. A minha organização aproveita-se do facto de eu necessitar deste trabalho	1 2 3 4 5 6 7
20. A minha organização forçou a realização de um contrato que a beneficia unilateralmente	1 2 3 4 5 6 7
21. Sinto-me um(a) escravo(a) dos tempos modernos	1 2 3 4 5 6 7
22. A minha organização desconsidera-me porque eu dependo dela	1 2 3 4 5 6 7
23. A minha organização usa “escapatórias” no contrato de trabalho para evitar dar-me uma compensação adequada	1 2 3 4 5 6 7
24. A minha organização usa o facto de eu precisar deste trabalho para não me recompensar adequadamente	1 2 3 4 5 6 7
25. A minha organização recompensa-me abaixo do que devia porque sabe que eu estou desesperado(a) por este trabalho	1 2 3 4 5 6 7
26. A minha organização espera que eu esteja disponível para trabalhar a qualquer dia ou hora sem pagamento extra	1 2 3 4 5 6 7
27. A minha organização não me proporciona segurança no emprego porque quer poder dispensar-me quando lhe for conveniente	1 2 3 4 5 6 7
28. A minha organização usa as minhas ideias em seu benefício sem me dar o devido reconhecimento por elas	1 2 3 4 5 6 7
29. A minha organização não quer saber se me prejudica, desde que tire partido do meu trabalho	1 2 3 4 5 6 7

SECÇÃO V

Dados Sociodemográficos e Profissionais

1. Idade: ____ anos

2. Sexo.

Feminino	
----------	--

Masculino	
Outro	

3. Qual a é a sua profissão? _____

4. Há quanto tempo desempenha a sua profissão? _____ anos

5. Em que regime (público, privado ou social) desempenha as suas funções? Pode assinalar mais de uma resposta

Público	
Privado	
Social	

6. Caso tenha assinalado a resposta “**mais de uma opção**” indique a proporção (%) do seu tempo de trabalho semanal que dedica a cada um dos regimes. Caso contrário salte esta pergunta.

Público	%
Privado	%
Social	%
Total	100%

7. Pensando na organização onde exerce funções na maior parte do seu tempo de trabalho semanal, diga-nos há quanto tempo faz parte da mesma: _____ anos

8. Em que distrito/ região autónoma de Portugal se localiza a instituição de saúde onde trabalha? Aveiro ____, Açores ____, Beja ____, Braga ____, Bragança ____, Castelo Branco ____, Coimbra ____, Évora ____, Faro ____, Guarda ____, Leiria ____, Lisboa ____, Madeira ____, Portalegre ____, Porto ____, Santarém ____, Setúbal ____, Viana do Castelo ____, Vila Real ____, Viseu ____.