

OS HOSPITAIS SÃO ORGANIZAÇÕES SAUDÁVEIS? Qualidade de vida no trabalho hospitalar no norte e no sul da Europa

Margareta Bäck-Wiklund

Universidade de Gotemburgo, Gotemburgo, Suécia

Maria das Dores Guerreiro

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL), Lisboa, Portugal

Stefan Szücs

Universidade de Gotemburgo, Gotemburgo, Suécia

Leila Billquist

Universidade de Gotemburgo, Gotemburgo, Suécia

Margarida Martins Barroso

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL), Lisboa, Portugal

Eduardo Alexandre Rodrigues

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL), Lisboa, Portugal

Resumo Adotando uma perspetiva de género, este artigo analisa o conceito de “organização saudável” através do estudo da “agenda dual” das organizações de prestação de cuidados de saúde. Com base no projeto europeu “Quality of Life in a Changing Europe”, que privilegiou uma abordagem *multi-method*, são analisados dados de um inquérito aplicado em hospitais públicos de oito países europeus (Alemanha, Bulgária, Finlândia, Holanda, Hungria, Portugal, Reino Unido e Suécia) e apresentados dois estudos de caso: um hospital público universitário na Suécia e outro em Portugal. Os resultados do estudo demonstram que as perceções sobre o que é uma organização saudável se desenvolvem em torno das noções de apoio social, satisfação com a vida, compromisso com o trabalho e conciliação do trabalho com a vida pessoal e familiar, verificando-se diferenciações de género nas variações destas perceções entre profissionais de saúde. As políticas organizacionais, as trajetórias profissionais e os recursos existentes ao nível dos agregados domésticos estão diretamente relacionados com as variações encontradas.

Palavras-chave: organização saudável, hospital, género, Europa, Portugal, Suécia.

Abstract From a gender perspective, this article analyses the concept of “healthy organization” through the study of the “dual agenda” of healthcare organizations. Based in the EU funded project “Quality of Life in a Changing Europe”, which privileged a multi-method approach, we analyse data from an extensive survey applied in eight European countries (Germany, Bulgaria, Finland, The Netherlands, Hungary, Portugal, United Kingdom and Sweden) and present two case studies undergone at university public hospitals in Sweden and in Portugal. Results show that the perceptions of what is a healthy organization are developed around the notions of social support, life satisfaction, work engagement and work-life reconciliation. Gender variations are a common feature in each of these dimensions. Organizational policies, professional trajectories and family resources are directly related to these variations.

Keywords: healthy organization, hospital, gender, Europe, Portugal, Sweden.

Résumé En adoptant une approche de genre, cet article analyse le concept de “organisation en bonne santé” à travers l'étude du *dual agenda* des organisations de prestation de soins de santé. En se basant sur le projet européen “Quality of Life in a Changing Europe”, qui a privilégié une approche multi-méthode, l'article analyse des données d'une enquête menée dans plusieurs hôpitaux publics de huit pays d'Europe (Allemagne, Bulgarie, Finlande, Hongrie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni et Suède) et présente deux études de cas : un hôpital public

universitaire en Suède et un autre au Portugal. Les résultats de l'étude démontrent que les perceptions de ce qu'est une organisation en bonne santé se développent autour des notions d'appui social, de satisfaction avec la vie, d'engagement au travail et de conciliation du travail avec la vie personnelle et familiale, et font apparaître des différenciations de genre dans les variations de ces perceptions entre les travailleurs. Les politiques organisationnelles, les trajectoires professionnelles et les ressources existantes au sein des familles ont un lien direct avec les variations observées.

Mots-clés: organisation en bonne santé, hôpital, genre, Europe, Portugal, Suède.

Resumen Adoptando una perspectiva de género, este artículo analiza el concepto de "organización saludable" a través del estudio de la "agenda dual" de las organizaciones de prestación de cuidados de la salud. Con base en el proyecto europeo "Quality of Life in a Changing Europe", que privilegió un abordaje *multi-method*, son analizados los datos de una encuesta aplicada en hospitales públicos de ocho países europeos (Alemania, Bulgaria, Finlandia, Holanda, Hungría, Portugal, Reino Unido, Suecia) y presentados dos estudios de caso: un hospital público universitario en Suecia y otro en Portugal. Los resultados del estudio demuestran que las percepciones sobre lo que es una organización saludable se desenvuelven alrededor de las nociones de apoyo social, satisfacción con la vida, compromiso con el trabajo y la conciliación del trabajo con la vida personal y familiar, verificándose diferencias de género en las variaciones de estas percepciones entre los trabajadores. Las políticas organizacionales, las trayectorias profesionales y los recursos existentes a nivel de los agregados domésticos están directamente relacionados con las variaciones encontradas.

Palabras-clave: organización saludable, hospital, género, Europa, Portugal, Suecia.

Introdução

O trabalho e a família são dimensões centrais na análise do bem-estar. Em resposta a um conjunto de desenvolvimentos sociais, políticos e económicos que ditaram a transformação radical da natureza do trabalho, a relação da vida profissional com outras esferas da vida, nomeadamente a família, tem vindo a constituir-se como um tema relevante, tanto ao nível da pesquisa, como da prática política e organizacional (Bäck-Wiklund *et al.*, 2011; Fleetwood, 2007).¹

O estudo da dualidade entre o trabalho e a vida pessoal, assim como o da relação entre as necessidades das organizações e as das pessoas que nelas trabalham assumem, neste contexto, maior importância do que nunca. Neste campo de pesquisa, o conceito de "organização saudável" está cada vez mais presente na literatura, fazendo referência às organizações que têm uma "agenda dual" de eficiência organizacional, por um lado, e de motivação, encorajamento e apoio a profissionais, por outro (Lewis, Gambles e Rapoport, 2007; Lewis, 2008; Lewis *et al.*, 2011).

Numa perspetiva europeia, a implementação de práticas de conciliação entre o trabalho e a vida familiar nas organizações apresenta-se como um desafio frequentemente gerador de tensões (Szücs *et al.*, 2011). No setor da saúde, há evidências empíricas de que a intensidade do trabalho tem vindo a aumentar nas últimas décadas, o que tem resultado no aumento da pressão sentida por profissionais no exercício das suas atividades (Houtman, Smulders e van den Berg,

1 Projeto financiado pela Comissão Europeia, no âmbito do 6.º Programa Quadro.

2006; Guerreiro, Barroso e Rodrigues, 2016) e no consequente aumento das dificuldades de conciliação do trabalho com a vida privada. Sendo este um setor de atividade onde a autonomia profissional e o controlo sobre o volume do trabalho se estabelecem na relação com colegas e chefias, mas também com pacientes, o desafio que se coloca a quem trabalha neste setor e às suas organizações é, então, o de se encontrarem formas eficazes de gestão destas tendências de mudança. Como é que as mudanças ocorridas no trabalho nas últimas décadas se apresentam como desafio para que as organizações possam ser “saudáveis”? Que particularidades encontram as organizações prestadoras de cuidados de saúde, onde o bem-estar de pacientes está no centro da sua atuação, na satisfação das necessidades de bem-estar das pessoas que nelas exercem atividade? É adequado aplicar o conceito de “agenda dual” às organizações prestadoras de cuidados de saúde, ou serão necessárias dimensões de análise adicionais no estudo concreto do bem-estar dos profissionais deste setor?

Neste artigo, analisam-se as características das organizações saudáveis no setor da saúde através de um questionário aplicado a mais de 1500 trabalhadores de hospitais públicos de oito países europeus (Alemanha, Bulgária, Finlândia, Holanda, Hungria, Portugal, Reino Unido e Suécia). Como primeira questão orientadora, a pesquisa procurou determinar, nos vários países em estudo, *quais as condições necessárias para que uma organização prestadora de cuidados médicos possa, ela própria, ser entendida como saudável pelos seus trabalhadores.*

Partindo dos resultados do questionário, que apontam para a existência de variações de género nas perceções sobre o que é uma organização saudável, foram depois selecionados dois casos (Suécia e Portugal) para a identificação dos aspetos que influenciam a conciliação do trabalho com a vida pessoal, no caso concreto das mulheres profissionais de saúde. Como segunda questão orientadora, a pesquisa procurou, assim, identificar *que diferenças qualitativas podem explicar variações de género nas perceções sobre o que é uma organização saudável.*

O artigo começa por discutir os conceitos de organização saudável e de agenda dual, apresentando depois as particularidades do setor da saúde e as hipóteses de estudo e metodologia daí decorrentes. Na primeira parte do artigo, apresentam-se os resultados da análise extensiva em torno do “índice de saúde organizacional”, construído para captar variações na forma como profissionais do setor, homens e mulheres, percecionam as suas condições de trabalho. Na segunda parte da análise apresentam-se os resultados qualitativos, comparando-se as realidades organizacionais e as experiências de trabalho de mulheres, médicas e enfermeiras, em Portugal e na Suécia. O artigo termina com a discussão das principais conclusões da pesquisa.

Organizações saudáveis: definindo o conceito

Desde a década de 1990 que se têm discutido os critérios que podem determinar se uma organização é, ou não, saudável (Lewis, 2008). De um modo geral, há um consenso generalizado de que, para ser saudável, uma organização deve ser eficaz naquilo

		Dualidade entre trabalho e vida pessoal	
		Trabalho	Agregado doméstico
Dualidade dos contextos de trabalho	Trabalhadores	Apoio social	Conciliação trabalho-vida pessoal
	Organização	Compromisso	Satisfação com a vida

Figura 1 As dimensões duais da organização saudável

que faz e na garantia da satisfação das necessidades dos seus recursos humanos, uma vez que o bem-estar da organização e o bem-estar dos indivíduos que a compõem estão relacionados (Lewis *et al.*, 2011). Deste modo, as organizações saudáveis afiguram-se como aquelas que “reconhecem que as necessidades dos trabalhadores e da organização são mutuamente dependentes e procuram aplicar a agenda dual de qualidade de vida dos trabalhadores e sucesso organizacional e sustentabilidade” (Lewis *et al.*, 2011). De acordo com esta definição, uma organização saudável é, assim, aquela que tem uma agenda dual de eficácia organizacional e de promoção do apoio, motivação e encorajamento de que os seus recursos humanos necessitam.

Não obstante, a análise das organizações saudáveis implica considerar um outro tipo de dualidade, que diz respeito à necessidade de conciliação entre a vida profissional e a vida pessoal. A organização saudável, tal como a definimos, deve ser eficaz e sustentável. Assim, precisará de uma força de trabalho não só capaz de enfrentar as exigências da carreira, como também de conciliar a vida pessoal com a profissional.

A proposta clássica do modelo “exigência-controlo-apoio” (Karasek, 1979; Karasek e Theorell, 1990) sugere que os trabalhadores possam responder às exigências do seu trabalho através do aumento do controlo e do apoio social. O mesmo pode ser aplicado no domínio da conciliação do trabalho com a vida pessoal, uma vez que profissionais com mais autonomia e com mais apoio tendem a apresentar níveis mais elevados de satisfação com a conciliação destas duas esferas da vida (Valcour, 2007; Szücs *et al.*, 2011). Para ser saudável, uma organização necessita também de níveis elevados de compromisso dos recursos humanos, tanto com a organização, como com os próprios agregados domésticos, na medida em que esse compromisso pode ser indicador de maior satisfação com a vida. Com base nestes pressupostos sobre o que é uma organização saudável, propomos um olhar sobre os quatro aspetos que resultam das dualidades do trabalho e da vida pessoal (figura 1).

Os hospitais são organizações saudáveis? Hipóteses de pesquisa

As organizações de prestação de cuidados pessoais, nomeadamente na área da saúde, desempenham um papel central na vida das populações, tendo como objetivo cuidar das pessoas e, em larga medida, melhorar a sua vida. “Os indivíduos e as

famílias estão altamente dependentes destas organizações para melhorar, manter e proteger o seu bem-estar” (Hansfeld, 2010).

Na medida em que a sua atividade central se desenvolve pelo contacto direto com pessoas, alguns autores têm defendido que o trabalho associado ao cuidado médico tem uma forte natureza moral, não se limitando apenas à prestação de um serviço, mas também a uma avaliação moral da vida humana, da situação social dos pacientes, das suas causas e do que se espera ser o seu futuro (Hansfeld, 2010: 97). Pode, então, dizer-se que o trabalho destas organizações se baseia num conjunto de princípios morais que assentam numa ideologia de maior prosperidade.

Dada a natureza dos seus objetivos, as organizações de prestação de cuidados pessoais, e mais concretamente os hospitais, tendem a apresentar um conjunto de características que as distinguem das demais: (a) o resultado final está muito dependente da qualidade da relação entre profissionais e pacientes; (b) são organizações dependentes do contexto institucional onde se inserem; (c) os procedimentos e os métodos de trabalho estão sujeitos a uma grande indeterminação e variação; (d) implicam muitas vezes “trabalho emocional”, geralmente levado a cabo por mulheres, que representam a maior parte da força de trabalho (*id. ibid.*).

Este tipo de organizações é também caracterizado por um certo grau de imprecisão na definição das suas metas e objetivos. Num plano abrangente e no âmbito concreto do desenho das políticas, os objetivos são geralmente instituídos, mas, a um nível mais prático e operacional, são comuns variações e desentendimentos na consecução desses objetivos. Sendo um trabalho dirigido, na maior parte dos casos, pelos sistemas políticos nacionais, o trabalho desenvolvido nos hospitais não deixa de ser também afetado pelas expectativas dos seus destinatários finais.

A autonomia com que profissionais do setor da saúde exercem as suas funções tem merecido cada vez mais atenção no estudo destas organizações. Uma vez que uma parte significativa do trabalho é desenvolvida diretamente com pacientes e em situações muitas vezes complexas, a standardização dos procedimentos é difícil. A autonomia, num sentido restrito, significa que os profissionais podem fazer avaliações e diagnósticos autonomamente, decidir o tipo de tratamento a administrar, ou agir de acordo com determinadas regras e estruturas regulatórias (Lipsky, 2010), implicando a mobilização de competências de tomada de decisão e sendo influenciada por diferentes fatores, nomeadamente pela cultura organizacional. Com base neste conjunto de particularidades, dentro de várias organizações dos serviços, define-se a hipótese de que é nos serviços de cuidados pessoais (de saúde, neste caso), que se encontram mais facilmente perceções de saúde organizacional em linha com o que está definido na figura 1.

Hipótese 1: Para os e as profissionais do setor público da saúde, as perceções de saúde organizacional em torno de dimensões como a satisfação com a vida, o compromisso com o trabalho, o apoio social e a conciliação entre trabalho e família, são mais evidentes do que noutros grupos profissionais no setor dos serviços.

Várias teorias feministas têm evidenciado que as organizações de trabalho tendem a ser genderizadas. Apesar do aumento qualificacional das mulheres, persiste

muitas vezes a ideia de que “o trabalhador ideal é um homem, cuja vida se centra no seu trabalho, enquanto uma mulher se dedica à sua vida pessoal e às crianças” (Acker, 1990; Hochschild, 1994). Sendo os hospitais organizações com uma força de trabalho maioritariamente constituída por mulheres, definimos como segunda hipótese que a satisfação com a vida, o compromisso com o trabalho, o apoio social e a conciliação entre o trabalho e a família são dimensões que influenciam mais as perceções de organização saudável nas mulheres do que nos homens.

Hipótese 2: As perceções de saúde organizacional em torno destas dimensões são mais expressivas para as mulheres do que para os homens.

Resultados de pesquisas anteriores evidenciam que a transparência das lideranças e a participação profissional são elementos relevantes para que uma organização possa ser considerada saudável (Ahlberg *et al.*, 2008; Holmgren, 2008; Szücs e Hemström, 2010). Estudos organizacionais comparativos entre países demonstram a importância das lideranças, da justiça, da equidade, da segurança do emprego, da definição de práticas de trabalho específicas, das oportunidades para o desenvolvimento pessoal e das relações interpessoais para a criação e manutenção da saúde organizacional (Lewis *et al.*, 2011). Reconhecendo que as mulheres estão, frequentemente, sujeitas a uma dupla jornada de trabalho, entre a sua vida profissional e as suas responsabilidades pessoais (Bäck-Wicklund e Plantin, 2007; Burchell, O’Brien e Smith, 2007; Hochschild, 1989; Bäck-Wicklund *et al.*, 2011), pouco se sabe ainda sobre o impacto das práticas organizacionais na perceção de saúde organizacional, especialmente no setor da saúde. Assim, sugere-se que as mulheres percebem as dimensões de saúde organizacional atrás enunciadas de forma mais evidente, dependendo das práticas organizacionais, das trajetórias das suas carreiras e do apoio ou recursos de que dispõem na vida doméstica (família, redes de apoio, serviços de cuidados a crianças).

Hipótese 3: A perceção que as mulheres têm de saúde organizacional depende de:

- existência de práticas organizacionais de promoção do bem-estar;
- existência de planos de carreira que permitam atingir pontos altos da hierarquia;
- apoio doméstico conjugal, serviços de cuidados a crianças, apoios nas redes de contacto.

Metodologia

Este artigo baseia-se nos resultados do projeto europeu “Quality of Life in a Changing Europe” (Quality), financiado pela Comissão Europeia, cujo objetivo foi o de analisar como, numa era de grande mudança, os trabalhadores europeus do setor dos serviços, vivendo em países com diferentes modelos de estado-providência, avaliam a sua qualidade de vida. Para recolha de informação, foram simultaneamente utilizados métodos quantitativos (inquérito por questionário) e métodos qualitativos (entrevistas

individuais e *focus group*). Com efeito, para além de uma análise de dados comparativos internacionais sobre o bem-estar social na Europa, o projeto recolheu dados originais sobre a qualidade de vida e de trabalho em contextos organizacionais de oito países europeus: Alemanha, Bulgária, Finlândia, Holanda, Hungria, Portugal, Reino Unido e Suécia. Os dados foram recolhidos utilizando métodos diferentes, nos diferentes níveis de análise: o do trabalhador, o da entidade empregadora, o da organização e o das políticas (van der Lippe *et al.*, 2011).

O estudo foi desenvolvido no setor dos serviços, com crescimento expressivo nas últimas décadas, onde foram selecionados quatro setores de atividade: banca/seguros, retalho, novas tecnologias de informação e comunicação, e serviços públicos de saúde (hospitais). Cada país participante identificou uma organização de cada um destes quatro domínios de atividade para aplicação de um questionário aos trabalhadores sobre a sua vida profissional passada e presente, os seus planos para o futuro, as suas opiniões sobre o que é uma organização saudável e quais os desafios para a alcançar (descrição detalhada em: van der Lippe *et al.*, 2011). No total, foram aplicados 7867 questionários. No setor da saúde foram inquiridos 1651 profissionais, entre os quais 173 médicos, 818 enfermeiros, 146 técnicos de diagnóstico, 183 administrativos e 115 auxiliares de ação médica.

Depois da aplicação do questionário, cada país escolheu uma das quatro organizações para desenvolver um estudo de caso intensivo, assente na realização de entrevistas individuais a profissionais e de *focus group* com alguns dos seus responsáveis. Um guião de entrevista semiestruturado, comum a todos os países, foi preparado para as entrevistas individuais. Após uma introdução e explicação do conceito de agenda dual, as entrevistas seguiram uma orientação temporal: passado, presente e futuro. O objetivo foi o de compreender os processos de transformação das empresas e o impacto dessas mudanças nas vidas e no trabalho dos e das profissionais, e melhorar o conhecimento sobre as organizações saudáveis, com particular enfoque nas especificidades de cada setor. A análise permitiu identificar os aspetos principais que concorrem para que uma organização possa ser considerada saudável.

Resultados da análise extensiva

Nesta análise, partimos da premissa de que as dimensões “satisfação com a vida”, “conciliação do trabalho com a vida pessoal”, “compromisso” com o trabalho e com a organização e “apoio social” (ver figura 1), estão mais presentes nas perceções sobre o que é uma organização saudável no setor público da saúde do que nos outros setores dos serviços em análise. Definimos também a hipótese de que a sensibilidade das mulheres a estas características das organizações saudáveis é mais notória do que a dos homens, e que esta diferença se deve a políticas organizacionais específicas, a trajetórias profissionais e a recursos domésticos ou sociais de apoio (figura 2). Nos pontos seguintes testamos estas hipóteses.

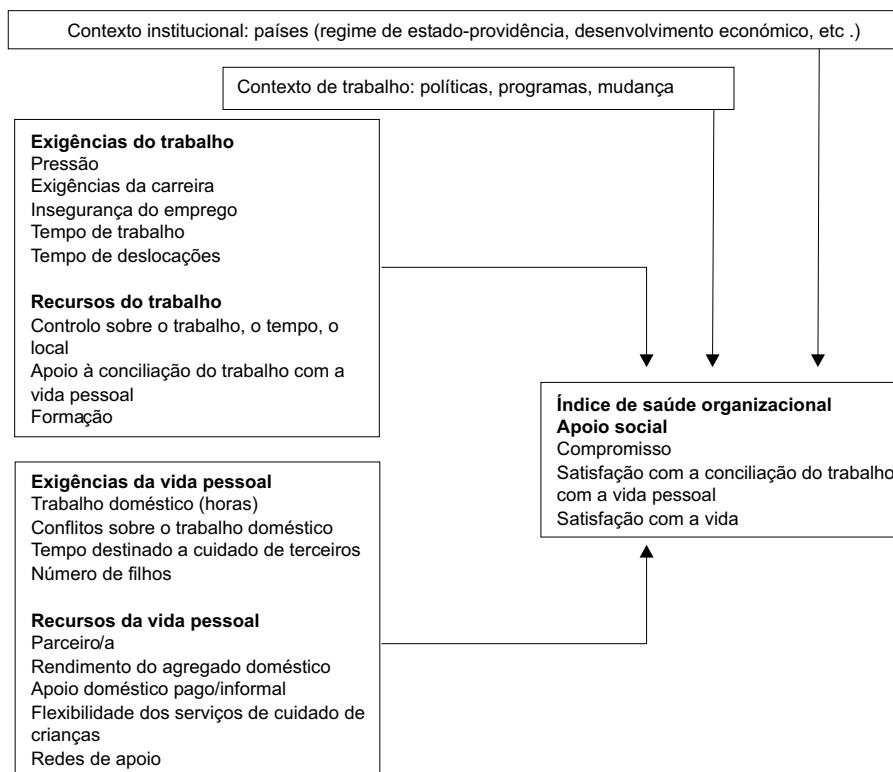


Figura 2 Modelo conceptual para a análise empírica

Correlação e análise fatorial: o índice de saúde organizacional

Para a identificação das quatro dimensões apresentadas na figura 1, foi realizada uma análise fatorial com as variáveis indicadas. Uma primeira análise de correlações demonstra a existência de relações estatisticamente significativas entre estas variáveis (quadro 1). Estes resultados indicam que profissionais que afirmam ter um bom apoio social no seu local de trabalho tenderão a apresentar maiores níveis de compromisso e mais satisfação com a vida, e a conciliar melhor o trabalho com a vida pessoal. Os coeficientes de Pearson, situados em 0,30 e acima deste valor no modelo, e o alfa de Chronbach de 0,70, conferem, assim, consistência e fiabilidade às dimensões encontradas para a composição do índice.

A análise fatorial apresentada no quadro 2 confirma a consistência do índice de organização saudável. Com uma variância explicada de 52%, e um KMO de 0,75, todos os coeficientes se situam perto ou acima dos 0,70. Estas quatro dimensões do índice de organização saudável foram apenas identificadas no setor da saúde e não nos outros setores de atividade em análise. Assim, em conformidade com a primeira hipótese de pesquisa, confirmamos que uma organização saudável no

Quadro 1 Teste de correlação e alfa de Chronbach

	Satisfação com a vida	Conciliação do trabalho com a vida pessoal	Compromisso	Apoio social
Satisfação com a vida	1,00			
Conciliação do trabalho com a vida pessoal	0,44***	1,00		
Compromisso	0,40***	0,31**	1,00	
Apoio social	0,31***	0,30**	0,42**	1,00

Nota: alfa de Chronbach estandardizado = 0,70 (N = 1575-1618).

Quadro 2 Dimensionalidade dos indicadores de saúde organizacional

Indicadores da dualidade dos contextos de trabalho e da dualidade entre trabalho e vida familiar	Coefficientes de saúde organizacional
Satisfação com a vida	0,75
Satisfação com a conciliação do trabalho com a vida pessoal	0,74
Compromisso organizacional	0,70
Apoio social	0,69
Variância explicada (%)	52

Nota: *factor loadings* depois de rotação ortogonal Varimax de 0,50. KMO = 0,75.

Quadro 3 O índice de saúde organizacional nos hospitais públicos dos vários países

Países	Índice de saúde organizacional (média/N)
Suécia	0,45 (151)
Holanda	0,35 (304)
Finlândia	0,09 (155)
Bulgária	0,09 (186)
Portugal	-0,08 (160)
Alemanha	-0,21 (315)
Reino Unido	-0,27 (163)
Hungria	-0,45 (130)
Total de países	0,00 (1564)

setor da saúde é aquela onde os trabalhadores apresentam níveis elevados de satisfação com a vida, possibilidades de conciliarem o trabalho com a vida pessoal, níveis elevados de compromisso organizacional e de apoio social no trabalho.

Depois de construído o índice de saúde organizacional com base na análise fatorial apresentada no quadro 2, foram analisadas as diferenças encontradas entre os oito países em estudo quanto às perceções dos trabalhadores sobre a saúde organizacional do seu local de trabalho. O quadro 3 apresenta as diferenças encontradas nos hospitais dos oito países analisados.

É na Suécia que o índice de organização saudável é mais elevado, ou seja, os trabalhadores suecos são, dos oito países em análise, os que mais consideram

trabalhar numa organização saudável. Imediatamente a seguir à Suécia surge a Holanda, com níveis de saúde organizacional também elevados. A Finlândia, a Bulgária e Portugal apresentam valores próximos da média total da amostra. Por outro lado, é na Hungria, no Reino Unido e na Alemanha que os valores são os mais baixos, ou seja, é nestes países que há menos profissionais a considerarem que a sua organização de trabalho é saudável.

Análise multivariada: as profissionais do setor da saúde e a noção de “organização saudável”

Os resultados da regressão múltipla, onde se incluiu um conjunto de variáveis organizacionais como variáveis independentes, na sua relação com o índice de organização saudável, demonstram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, com um coeficiente beta de 0,07 (quadro não apresentado). Ao encontro da segunda hipótese de investigação traçada, pode confirmar-se que as perceções de saúde organizacional, em torno das dimensões de análise identificadas, são mais expressivas nas mulheres do que nos homens do mesmo setor.

No quadro 4 analisam-se as diferenças quanto à organização do trabalho, possibilidades de progressão na carreira e recursos domésticos, encontradas entre homens e mulheres nos hospitais públicos dos vários países europeus em estudo.

Em primeiro lugar, os resultados encontrados quanto à organização do trabalho (modelo 1) alteram-se significativamente quando são adicionadas variáveis de controlo ao modelo (modelo 2) e variáveis relativas ao trabalho e aos recursos domésticos (modelos 3 e 4). Para as mulheres, a existência de políticas formais de flexibilidade horária é essencial para que as organizações onde trabalham possam ser consideradas saudáveis. No grupo das mulheres, o modelo 1 explica 15% da variável dependente, enquanto para os homens esse valor é de apenas 2%. Seguindo um primeiro aspeto da terceira hipótese de pesquisa, confirma-se que as políticas organizacionais são genderizadas e afetam sobretudo a perceção das mulheres sobre o que é uma organização saudável.

Em segundo lugar, o efeito das trajetórias profissionais para o índice de organização saudável varia também entre homens e mulheres. Enquanto a escolaridade tem um efeito positivo no índice de organização saudável, e desempenhar uma função de supervisão tem um efeito negativo sobre os homens, o padrão inverso é encontrado nas mulheres: quanto maior for o nível educacional, menor é o índice de organização saudável; enquanto ter uma função de supervisão tem um efeito positivo. Este resultado confirma também a terceira hipótese de pesquisa, segundo a qual o percurso profissional afeta as perceções sobre o que é uma organização saudável.

Em terceiro lugar, no que diz respeito às variáveis relacionadas com o apoio doméstico, apenas a flexibilidade dos serviços de cuidados a crianças e as redes de apoio têm impacto nas perceções de saúde organizacional.

A análise quantitativa aqui desenvolvida permitiu confirmar as três hipóteses de pesquisa estabelecidas inicialmente. Através da análise fatorial, foi possível

Quadro 4 Regressão múltipla. Índice de saúde organizacional entre mulheres e homens no setor público da saúde

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Organização do trabalho								
Flexibilidade horária	0,37***	0,23**	0,36***	0,06	0,20***	-0,02	0,26***	-0,00
Política de igualdade de oportunidades	0,35***	0,20	0,28***	0,08	-0,01	-0,02	0,02	-0,01
Programa de prevenção de riscos para a saúde	-0,10*	-0,14	-0,09	-0,06	0,07	-0,13	0,03	-0,14
Mudança na composição do pessoal (aumento)	-0,01	-0,08	0,03	0,03	0,04	-0,14*	0,03	-0,17*
Variáveis de controlo								
Educação			-0,10***	0,11	-0,12***	0,07	-0,14***	0,10*
Idade			0,06**	0,04	0,04	0,05	0,02	-0,01
Estado de saúde			0,34***	0,35***	0,25***	0,16***	0,23***	0,11**
Função de supervisão			0,15***	-0,07	0,07***	-0,09*	0,07***	-0,08*
Exigências e recursos do trabalho								
Pressão					-0,08***	-0,09*	-0,08***	-0,05
Exigências de carreira					-0,03	-0,23***	-0,04	-0,26***
Insegurança do emprego					-0,19***	-0,18***	-0,16***	-0,12**
Horas de trabalho					0,01	0,04	0,02	0,00
Tempo de deslocações (casa-trabalho)					-0,04	-0,04	-0,02	-0,04
Autonomia					0,23***	0,26***	0,23***	0,24***
Apoio à conciliação trabalho-família					0,23***	0,40	0,21	0,39
Formação profissional					0,02	-0,06	0,02	0,01
Exigências e recursos do agregado doméstico								
Horas de trabalho doméstico							0,05	-0,06
Horas de cuidado de crianças/dependentes							0,02	-0,12***
Conflitos acerca do trabalho doméstico							-0,11***	-0,12***
Número de filhos							-0,01	0,02
Cônjuge							0,05	0,09
Rendimento do agregado doméstico							0,04	0,00
Serviços domésticos pagos							0,01	0,10*
Flexibilidade dos serviços de cuidado de crianças							0,05**	0,07
Redes de apoio							0,08***	0,09*
Variância explicada (R2 ajs.)	0,15	0,02	0,28	0,14	0,44	0,53	0,46	0,58
Significância do modelo (ANOVA)	0,000	0,014	0,000	0,070	0,000	0,000	0,000	0,000

Nota 1: N = 1285 mulheres e 311 homens (casos válidos)

Nota 2: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

definir que a satisfação com a vida, a satisfação com a conciliação entre trabalho e vida familiar, os níveis de compromisso e o apoio social no trabalho são dimensões centrais para a percepção do que é uma organização saudável. No caso dos profissionais do setor da saúde e das mulheres, esta evidência é ainda mais vincada. A regressão múltipla permitiu confirmar a relevância das práticas organizacionais, das trajetórias profissionais e do apoio doméstico na percepção que as mulheres têm do que é um local de trabalho saudável.

Análise intensiva: comparando profissionais de enfermagem e medicina em Portugal e na Suécia

Os oito países incluídos no projeto representam diferentes modelos de estado-providência, segundo a tipologia de Esping-Andersen (1990). Suécia e Portugal representam regimes particularmente contrastantes: a Suécia, com um regime social-democrata, apresenta um nível elevado de despesa pública com proteção social, um nível médio de despesa pública com o mercado de trabalho, um nível também intermédio de flexibilidade no emprego e uma taxa elevada de sindicalização; Portugal, com um regime considerado subprotetor, apresenta um baixo nível de despesa pública com proteção social e emprego, um nível igualmente baixo de flexibilidade no mercado de trabalho e taxas mais reduzidas de sindicalização (Barroso, 2013a, 2013b; Kovacheva, Doorne-Huiskes e Antilla, 2011).

No que diz diretamente respeito às políticas de apoio à família e à conciliação do trabalho com a vida pessoal, os dois países revelam também características muito distintas. Na Suécia as políticas de apoio à família são tendencialmente universais e generosas, assentes no apoio estatal à parentalidade e na oferta de serviços públicos de qualidade para cuidado das crianças. O estado promove a igualdade de género ao nível do gozo das licenças parentais e incentiva a participação de homens e mulheres, a tempo inteiro, no mercado de trabalho (Kovacheva, Doorne-Huiskes e Antilla, 2011). Em Portugal, embora se verifique uma participação tendencialmente igualitária de homens e mulheres no mercado de trabalho, o suporte estatal é mais reduzido do que na Suécia e a conciliação trabalho-família requer um grande esforço familiar, nomeadamente de ordem financeira, já que os serviços de apoio requerem uma contribuição monetária significativa em função do rendimento do agregado doméstico. Por outro lado, o gradual aumento do tempo de licença parental que se registou nos últimos anos (Lei n.º 7/2009; Decreto-Lei n.º 91/2009; Lei n.º 120/2015) apresenta limitações na sua utilização igualitária (Guerreiro, 2012; Wall, 2016) e a grande instabilidade do mercado de trabalho coloca restrições ao sentido subjetivo dos direitos (Lewis, 1998).

Dados do projeto Quality permitem verificar que não existem diferenças significativas entre os dois países nos níveis de satisfação geral com a vida (numa escala de 0 a 7 Suécia e Portugal apresentam nível de satisfação com a vida de 5,02 e 4,43 respetivamente), e que em nenhum dos países há diferenças significativas de género na apreciação que os trabalhadores de diferentes setores (informação e comunicação, comércio e retalho, setor financeiro, setor público da saúde) fazem da sua

Quadro 5 Estado de saúde de homens e mulheres na Europa, nos quatro setores de atividade (médias)

Estado de saúde:										
1 - fraco										
2 - razoável		Total	Bulgária	Finlândia	Alemanha	Hungria	Holanda	Portugal	Suécia	Reino Unido
3 - bom										
4 - excelente										
Hospital	Homens	2,95	2,82	2,82	2,83	2,91	2,90	3,15	3,19	2,98
	Mulheres	2,94	2,84	2,88	2,85	2,70	3,06	2,80	3,20	2,96
	Total	2,94	2,83	2,88	2,85	2,73	3,03	2,90	3,20	2,97
Tecnologias de informação e telecomunicações	Homens	2,95	3,27	3,04	2,76	2,84	3,01	3,14	3,19	2,60
	Mulheres	2,90	3,03	2,91	2,81	2,69	3,05	2,93	3,22	2,75
	Total	2,93	3,11	2,95	2,78	2,79	3,03	3,03	3,20	2,69
Banca / Seguros	Homens	3,03	2,87	3,06	3,10	3,00	3,11	2,96	3,04	3,12
	Mulheres	2,92	2,78	2,84	2,89	2,73	3,08	2,88	3,12	3,06
	Total	2,96	2,79	2,88	2,98	2,86	3,10	2,92	3,10	3,10
Retailho	Homens	3,00	3,23	3,50	1,67	2,99	2,86	3,10	3,29	2,62
	Mulheres	2,87	2,75	3,02	2,59	2,96	3,09	2,95	2,89	2,60
	Total	2,91	2,89	3,06	2,57	2,97	3,08	3,02	2,98	2,61
Diferenças de género (eta)		0,05***	0,16***	0,09**	0,02	0,10**	0,04	0,12***	0,04	0,00

Nota * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

qualidade de vida (Szücs *et al.*, 2011). Tal como verificado para os restantes países, Portugal e a Suécia partilham também a diferença entre setor público e privado na apreciação da qualidade de vida, já que profissionais do setor público estão geralmente mais satisfeitos (Szücs *et al.*, 2011). No entanto, os dois países apresentam realidades muito distintas quanto à diferenciação de género na avaliação que os trabalhadores fazem de uma dimensão central para a qualidade de vida: a saúde. Em Portugal, as mulheres tendem a avaliar mais negativamente a sua saúde do que os homens, enquanto na Suécia, essa diferença de género é mínima (quadro 5).

Face às diferenças que estes dois países apresentam quanto ao regime de proteção social que os caracteriza e quanto à forma como homens e mulheres vivem as suas experiências de trabalho no setor da saúde, nesta fase da análise comparamos os dois casos com maior detalhe, focando as principais diferenças e semelhanças na qualidade de vida profissional de médicas e enfermeiras nos dois hospitais em estudo.

Os casos

O caso sueco é um grande hospital universitário, destinado ao ensino de medicina. Perto do hospital há uma outra instituição universitária destinada ao ensino de enfermagem e outras disciplinas relacionadas com cuidados de saúde. Como organização de ensino de elevada qualidade, o hospital enfrenta o desafio de se tornar um centro de conhecimento entre os restantes hospitais nacionais. O estudo foi feito no serviço de urgência. Dez profissionais, entre enfermeiros, médicos e gestores, foram entrevistados. Oito eram mulheres, o que é uma relação proporcional à distribuição de género na organização, onde 83% dos trabalhadores são mulheres (Präg

et al., 2011). Entre os entrevistados estavam também representantes dos trabalhadores (Lane *et al.*, 2008a, 2008b).

O hospital sueco é caracterizado por um forte investimento em educação com vista à melhoria das competências profissionais, tais como cursos internos, formação, nomeadamente organizada pelo sindicato, e possibilidades de participar em conferências. Há possibilidades de flexibilidade na gestão dos tempos de trabalho e o trabalho a tempo parcial é uma opção. O planeamento dos horários é feito de maneira a responder às necessidades de quem ali trabalha, combinando-se as preferências individuais do pessoal com a gestão estratégica da organização. De acordo com dados do questionário Quality, na Suécia as mulheres trabalham em média 36 horas por semana (Fodor *et al.*, 2011).

O hospital português é também um hospital universitário. A sua estrutura tem vindo a sofrer alterações significativas, tanto ao nível das suas atribuições enquanto organização de prestação de cuidados médicos, como no que respeita às suas relações com a Faculdade de Medicina. Sendo uma organização do setor público, os últimos anos foram também marcados pelo aumento das dificuldades financeiras, o que tem diretamente influenciado a forma como os recursos humanos são geridos.

Tal como na Suécia, o estudo foi realizado no serviço de urgências. Foram realizadas 17 entrevistas a médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e auxiliares de ação médica. Sete das entrevistas foram feitas a mulheres, o que não é proporcional à distribuição de género no hospital, onde cerca de 70% da força de trabalho é feminina (Präg *et al.*, 2011). O hospital português oferece também alguma flexibilidade na gestão dos tempos de trabalho, nomeadamente ao nível do planeamento dos horários, para que os trabalhadores possam atender às suas necessidades pessoais. No entanto, ao contrário do que acontece na Suécia, o trabalho a tempo parcial não é tão comum e as enfermeiras e médicas portuguesas combinam muitas vezes a atividade no setor público com outras no setor privado (Lopes e Carapineiro, 1997). De acordo com dados do questionário, as mulheres em Portugal trabalham em média 44 horas por semana (Fodor *et al.*, 2011; Guerreiro, Barroso e Rodrigues, 2016).

Políticas organizacionais, trajetórias profissionais e recursos domésticos

Políticas organizacionais

Uma primeira diferença, encontrada na forma como as enfermeiras portuguesas e suecas experienciam as suas vidas profissionais nestes hospitais, está relacionada com a formação profissional e o desenvolvimento de competências.

Sendo esta profissão altamente especializada, o investimento em formação é considerado crucial na Suécia. Por outro lado, a situação deste grupo profissional em Portugal é substancialmente diferente, e o investimento em formação profissional e o desenvolvimento de competências é, em muitos casos, da responsabilidade das próprias profissionais, sem implicação da organização.

Tenho intenção de investir em formação profissional... é um grande objetivo meu: melhorar as minhas competências profissionais e pessoais. Acho que o reconhecimento profissional que temos está relacionado com este aspeto. A minha intenção é adquirir o máximo de formação possível. [Enfermeira, Portugal]

Uma outra questão diz respeito à gestão dos tempos de trabalho. Uma vez que a falta de tempo foi identificada como um aspeto negativo nos dois países, foi considerado importante explorar em que medida estas profissionais conseguem ajustar os tempos de trabalho às suas necessidades pessoais em Portugal e na Suécia.

Na Suécia, as profissionais têm a possibilidade de adaptar o seu horário de trabalho à sua vida pessoal, nomeadamente através da escolha dos dias de folga. No entanto, tal como algumas entrevistadas reconheceram,

... é uma perda de tempo porque as necessidades do serviço estão primeiro e conseguir folga nos períodos mais solicitados, como o Natal, é como ganhar a lotaria, então qual é a finalidade? [Enfermeira assistente, Suécia]

No caso português há também alguma flexibilidade na gestão dos horários para que se possa responder às necessidades pessoais:

Antes do final de cada mês, temos acesso ao horário do mês seguinte e como somos cinco equipas, com 20 elementos cada, conseguimos sempre encontrar alguém disposto a trocar de horário connosco. Eu trabalho 42 horas por semana. [Enfermeira, Portugal]

Ao nível do apoio entre colegas e da organização do trabalho em si, tanto em Portugal como na Suécia, há um conjunto de procedimentos que facilitam a gestão quotidiana do trabalho, como reuniões frequentes. No entanto, o volume e o ritmo do trabalho nem sempre proporcionam tempo suficiente para que os colegas possam discutir entre si os diferentes assuntos relacionados com o trabalho.

... sobretudo devido ao facto de trabalharmos por turnos, há pouco tempo para que os colegas possam conversar entre si. [Enfermeira, Suécia]

... Somos 100 enfermeiros, é difícil ter uma ligação com toda a gente e há pessoas com quem nós não trabalhamos muito, apesar de sermos colegas e trabalharmos no mesmo espaço, por vezes é um bocado mais complicado. Mas o grupo com que lidamos habitualmente é que é o principal suporte cá dentro. [Enfermeira, Portugal]

Alguns aspetos mais negativos encontrados ao nível das políticas organizacionais e da gestão do trabalho acabam, contudo, por ser compensados com as relações de apoio e entajada que se estabelecem entre colegas no hospital. Este foi um aspeto considerado importante, sobretudo porque a maior parte do trabalho desenvolvido nestes contextos é feito em equipa.

Temos um compromisso muito bom no local de trabalho. O volume de trabalho é distribuído de forma justa, somos próximos, cooperamos e divertimo-nos muito. No entanto, o ambiente é duro... Quando estamos a trabalhar, concentramo-nos nisso, mas quando fazemos uma pausa para café tentamos não falar de trabalho. Também tentamos fazer coisas em conjunto fora do trabalho. [Enfermeira assistente, Suécia]

O facto de estarmos cá por gosto facilita muito as relações entre as pessoas... Têm-se vivido momentos muito agradáveis. Muitas vezes as pessoas acabam por se relacionar fora da instituição de trabalho, o que traduz algum bem-estar e algum conforto, mesmo para depois fortificar as relações a nível laboral! [Enfermeira, Portugal]

Trajelórias profissionais

Tanto em Portugal como na Suécia, as trajetórias profissionais no setor da saúde são bastante genderizadas e o alcance das posições no topo da hierarquia profissional é geralmente difícil para as mulheres. No mesmo sentido, as possibilidades reais de progressão na carreira nem sempre se apresentam de forma clara. Mesmo que as mulheres obtenham mais formação profissional e desenvolvam mais competências ao longo da carreira, nem sempre isso se reflete nas possibilidades reais de progressão no interior da organização. Esta tendência é especialmente visível no caso das enfermeiras.

Temos de encontrar formas inovadoras de reter o nosso pessoal. Uma forma possível seria definir claramente os procedimentos de progressão na carreira dos enfermeiros, tal como já acontece com os médicos. Neste momento, se os enfermeiros querem progredir na carreira, têm de deixar de fazer o que sabem fazer melhor. Têm de abandonar o trabalho direto com os pacientes e a sua experiência profissional perde-se quando é mais necessária. Procedimentos claros para a progressão na carreira beneficiariam tanto os enfermeiros como o hospital. [Diretor do hospital sueco]

Na Suécia, os homens enfermeiros recebem frequentemente apoio dos homens médicos para continuarem a estudar, por exemplo, para que possam ser médicos ou fazer investigação. Já no caso das mulheres enfermeiras, uma forma possível de progressão profissional é dedicarem-se ao trabalho no sindicato.

Parece que os médicos, homens, acham que os homens enfermeiros podem ir mais além do que serem apenas enfermeiros. [Enfermeira, Suécia]

Há também uma diferenciação nas especialidades de trabalho dentro do hospital. As enfermeiras tendem a permanecer no contacto direto com pacientes, enquanto os enfermeiros tendem a ser colocados na emergência médica, nas ambulâncias ou em unidades que envolvem maior uso de tecnologia.

Em Portugal, os enfermeiros conseguem também, mais facilmente do que as enfermeiras, atingir o topo da carreira profissional. O enfermeiro-chefe da unidade

analisada no hospital português, por exemplo, é um homem. A mesma genderização das carreiras profissionais pode ser, contudo, encontrada também na carreira médica. Uma das entrevistadas portuguesas, médica cirurgiã, declarou ter sido discriminada na sua carreira por ser mulher. Mesmo tendo dado o seu melhor no período de formação para se tornar cirurgiã, e tendo inclusivamente abdicado do seu período de licença de maternidade para não prejudicar a sua dedicação à carreira, afirma que as mulheres continuam a ser consideradas com desconfiança na especialidade de cirurgia, pelo simples facto de serem mulheres, como se não fossem tão competentes como os homens.

As coisas estão feitas de forma a desencorajar as mulheres de prosseguirem para a especialidade de cirurgia... como se devessem dar prioridade às suas responsabilidades familiares. Sempre me dediquei à minha profissão tanto quanto qualquer colega sem filhos, porque eu sempre tive um bom apoio familiar e ajudas para cuidar dos meus filhos. [Médica cirurgiã, Portugal]

Recursos familiares e apoio à vida doméstica

Muitas das entrevistadas referiram ter pouco controlo sobre os seus tempos de trabalho, o que é gerador de stress. No entanto, quando não estão a trabalhar, a interferência do trabalho na vida pessoal pouco se faz sentir. Muito do trabalho que fazem é *pro bono*, compensam os períodos em que se ausentam para ter formação chegando mais cedo ao trabalho, lendo os *e-mails* em casa, por exemplo. Afirmam gostar do trabalho que fazem e querem desempenhá-lo bem. A definição de barreiras entre trabalho e família parece, contudo, ser mais difícil quando se sobe na hierarquia. Nos cargos de chefia é mais comum que se leve trabalho para casa.

As enfermeiras em Portugal têm em geral mais do que um emprego. Uma vez que os seus salários no setor público não são equiparados aos de outras carreiras com escolaridade superior (Lopes e Carapinheiro, 1997; Pereira, 2015), aproveitam o facto de trabalharem por turnos para combinarem o trabalho no setor público com outros trabalhos no setor privado. O mesmo acontece com grande parte de médicos e médicas, que trabalham por conta própria depois de cumprirem os seus horários no setor público.

Eu tenho um horário fixo. Entro às 8 h e saio às 14 h. Na parte da tarde trabalho no setor privado. Em breve estes horários vão mudar. Vou ter de ficar no hospital das 8 h às 19 h duas vezes por semana [...] Trabalho muito e gosto do que faço. O tempo que passo no hospital é bom. Chego a casa por volta das 21 h 30, 22 h, mas sinto-me bem comigo mesma, estou a prestar um serviço a quem precisa. Mesmo chegando cansada, se sentir que fiz bem o meu trabalho, isso é compensador, encorajador. [Médica, Portugal]

Como se disse atrás, a possibilidade de trabalhar a tempo parcial para melhor articular as responsabilidades familiares com o trabalho difere bastante entre Portugal e a Suécia. Em Portugal, o trabalho a tempo parcial continua a constituir uma

possibilidade rara. As profissionais de saúde dependem em grande medida do apoio de familiares para gerirem a vida pessoal.

Quando a minha filha era pequena, era comum eu ter de ficar 24 horas no hospital. Quando isso acontecia, era a minha mãe quem a ia buscar ao colégio. O meu marido estava em África nessa altura. [Médica, Portugal]

O recurso a apoio doméstico pago não foi referido em nenhuma das entrevistas. Os resultados do questionário demonstram, no entanto, que essa é uma realidade rara na Suécia, mas mais comum em Portugal (den Dulk *et al.*, 2011; Guerreiro e Pereira, 2007).

Tanto em Portugal como na Suécia, para as profissionais do setor da saúde, as políticas organizacionais, as trajetórias profissionais e o apoio doméstico são dimensões necessárias para que uma organização possa ser considerada saudável.

Apesar de se verificarem diferenças significativas ao nível das políticas organizacionais entre os hospitais português e sueco, nomeadamente ao nível das políticas de desenvolvimento pessoal, tanto num país como noutro, alguns aspetos mais negativos do trabalho acabam por ser compensados pelas boas relações entre colegas no local de trabalho.

Em Portugal e na Suécia, as carreiras de profissionais do setor da saúde são bastante generizadas. No caso sueco, e especificamente na profissão de enfermagem, os procedimentos de progressão na carreira não são completamente claros, deixando espaço para que critérios como o género sejam determinantes. Mesmo quando estes procedimentos estão estabelecidos, as mulheres continuam a experimentar dificuldades na obtenção dos cargos de topo das carreiras profissionais.

Quanto aos recursos de conciliação do trabalho com a vida familiar, as profissionais na Suécia parecem gozar de um leque mais variado de medidas organizacionais para a facilitação do equilíbrio entre as duas esferas, nomeadamente pelo uso de trabalho a tempo parcial. No entanto, tanto num país como noutro há um esforço para que os horários de trabalho possam facilitar as necessidades pessoais, embora a delimitação de barreiras nem sempre seja possível. Em qualquer dos casos, o gosto pela atividade profissional parece sobrepor-se a aspetos menos positivos da vida profissional.

Conclusões

Ao longo deste artigo apresentámos uma base empírica para a discussão do conceito de organização saudável, numa perspetiva de género, e em contextos de trabalho onde a atividade central é a prestação de cuidados de saúde. Sugerimos que os hospitais públicos europeus enfrentam desafios particulares na aplicação da agenda dual de consecução dos seus objetivos organizacionais e promoção do bem-estar dos seus trabalhadores. Para além das pressões financeiras que se colocam à gestão de organismos públicos no contexto da recente crise económica global, esta especificidade prende-se com a prioridade que o bem-estar dos pacientes

assume no quadro da organização quotidiana do trabalho, que muitas vezes põe em causa a aplicação de condições de trabalho mais desejáveis para a conciliação da vida profissional e familiar, nomeadamente no que diz respeito aos tempos de trabalho. O predomínio de mulheres nas profissões de cuidados médicos e a persistência de desigualdades na forma como homens e mulheres experienciam a vida profissional e familiar constitui também um desafio acrescido para a aplicação da referida agenda dual.

Os resultados da análise quantitativa do nosso estudo confirmam as três hipóteses estabelecidas inicialmente. No que diz respeito à primeira hipótese, nos hospitais analisados nos oito países europeus, as perceções dos trabalhadores quanto às características que as organizações saudáveis devem ter desenvolvem-se em torno das noções de apoio social, satisfação com a vida, compromisso com o trabalho e conciliação do trabalho com a vida familiar. Nesta perspetiva, uma organização saudável é aquela que permite que os seus trabalhadores se sintam satisfeitos com a vida e com a forma como conciliam a vida profissional e pessoal, mantendo boas relações de apoio com colegas e com chefias, e níveis elevados de compromisso com o trabalho e com a organização. Devido a determinantes de género, estas perceções sobre como devem ser as organizações saudáveis são mais notórias nas mulheres do que nos homens, confirmando-se assim a segunda hipótese de pesquisa. As variações de género ocorrem devido ao peso diferenciado que as políticas organizacionais, as trajetórias profissionais e os recursos do agregado doméstico têm para homens e mulheres. Assim, para as mulheres, a existência de medidas de promoção da conciliação do trabalho com a vida familiar, como a flexibilidade horária, é essencial para que o seu local de trabalho possa ser considerado como promotor de bem-estar profissional. No caso das trajetórias profissionais, as mulheres mais qualificadas tendem a apreciar mais negativamente a organização para a qual trabalham. Por outro lado, as que conseguem atingir funções de topo na hierarquia organizacional tendem a considerar saudável a sua organização de trabalho. Este dado é revelador de que as desigualdades nas trajetórias profissionais de homens e mulheres, nomeadamente os constrangimentos à progressão na carreira das mulheres — que podem ter lugar pela ausência ou falta de transparência nos processos de progressão — constituem um forte obstáculo à aplicação da agenda dual das organizações. Por fim, quanto maior for o apoio ao nível do agregado doméstico, concretamente no plano dos cuidados às crianças, mais provável será que as mulheres considerem a sua organização de trabalho saudável, na medida em que os apoios à vida doméstica contribuem para a satisfação com a conciliação entre trabalho e vida pessoal.

Ao analisar em profundidade o serviço de urgência de dois hospitais públicos, um em Portugal e outro na Suécia, os resultados da análise qualitativa permitiram desenvolver e compreender em profundidade as tendências gerais encontradas no inquérito por questionário.

Portugal e Suécia representam modelos diferentes de regimes de estado-providência, com configurações institucionais e práticas de trabalho distintas, que fazem com que, em contextos de trabalho análogos e nos mesmos grupos ocupacionais, as experiências de trabalho das profissionais de saúde possam ser

significativamente diferentes. Assim, enquanto na Suécia as possibilidades de investimento na formação profissional estão geralmente a cargo das organizações, em Portugal, especificamente no caso das enfermeiras, esse investimento é habitualmente feito pelas próprias, a título individual. Do mesmo modo, embora haja, nos dois países, alguma flexibilidade na gestão dos tempos de trabalho para que a conciliação com a vida familiar seja facilitada, a opção de trabalhar, por exemplo, em regime de tempo parcial, é mais comum nestas profissões na Suécia do que em Portugal. Para além disto, em Portugal, os baixos níveis remuneratórios fazem com que estas profissionais optem por ter uma segunda atividade profissional, usualmente no setor privado, para compensar os baixos salários do setor público, o que sobrecarrega ainda mais a jornada diária de trabalho e, conseqüentemente, o bem-estar.

Apesar das diferenças institucionais entre os dois países, os constrangimentos à progressão na carreira das mulheres representam uma realidade comum a ambos. Com planos de carreira nem sempre claros, o alcance de lugares de topo na hierarquia ocupacional continua a ser mais facilitado e inclusivamente incentivado no caso dos homens. Assim, não surpreende que as perceções de saúde organizacional variem entre mulheres e homens. Para que uma organização possa ser saudável e promova o bem-estar de todos os seus trabalhadores é necessário que se ultrapasse este tipo de práticas discriminatórias. De qualquer forma, as boas relações de trabalho e o gosto pela atividade profissional parecem compensar os aspetos menos positivos do quotidiano de trabalho. Esta é também uma realidade comum aos dois países.

A análise que aqui apresentámos sublinha a relevância da consideração de diferentes níveis de análise no estudo da saúde organizacional e das características que as organizações devem assumir para serem saudáveis. Atender especificamente ao contexto institucional do trabalho, ao setor de atividade, às especificidades profissionais, às características individuais e pessoais de quem nelas trabalha é um ponto de partida essencial para o enriquecimento do debate nesta temática.

Referências bibliográficas

- Acker, J. (1990), "Hierarquies, jobs, bodies: a theory of gendered organizations", *Gender and Society*, 4 (2), pp. 139-158.
- Ahlberg, G., P. Bergman, L. Ekenvall, M. Parmasund, U. Stoetzer, M. Waldenström, e M. Svartengren (2008), *Tydliga Strategier och Delaktiga Medarbetare i Friska Företag* (Clear Strategies and Participatory Employees in Healthy Organizations), Estocolmo, Karolinska Institutet, Uppsala Universitet och Stockholms läns Landsting.
- Bäck-Wiklund, M., e L. Plantin (2007), "The workplace as an arena for negotiating the work-family boundary: a case study of two Swedish social services agencies", em R. Crompton, S. Lewis e C. Lyonette (orgs.), *Women, Men, Work and Family in Europe*, Londres, Palgrave Macmillan.
- Bäck-Wiklund, M., T. van der Lippe, L. den Dulk, e A. Doornie-Huskies (orgs.) (2011), *Quality of Life and Work in Europe. Theory, Practice and Policy*, Londres, Palgrave Macmillan.

- Barroso, M. (2013a), *Qualidade de Vida Profissional em Contextos Organizacionais no Norte e no Sul da Europa*, Lisboa, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, tese de doutoramento.
- Barroso, M. (2013b), “Empresas multinacionais e filiação sindical: o caso de uma multinacional sueca e da sua subsidiária portuguesa”, em A. P. Marques, C. Gonçalves e L. Veloso (2013), *Trabalho, Organizações e Profissões. Recomposições Conceptuais e Desafios Empíricos*, Lisboa, Associação Portuguesa de Sociologia.
- Burchell, B., C. O’Brien, e M. Smith (2007), *Working Conditions in the European Union. The Gender Perspective*, Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Decreto-Lei n.º 91/2009, “Regime jurídico de protecção social na parentalidade no âmbito do sistema previdencial e no subsistema de solidariedade”, *Diário da República*, 1ª Série – N.º 70 – 09 de abril de 2009.
- Den Dulk, L., M. Bäck-Wiklund, S. Lewis, e D. Redai (2011), “Quality of life and work in a changing Europe: a theoretical framework”, em M. Bäck-Wiklund, T. van der Lippe, L. den Dulk e A. Doornie-Huskies (orgs.) (2011), *Quality of Life and Work in Europe. Theory, Practice and Policy*, Londres, Palgrave Macmillan, pp. 17-31.
- Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of the Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press.
- Fleetwood, S. (2007), “Re-thinking work-life balance: editor’s introduction”, *International Journal of Human Resource Management*, 18 (3), pp. 351-359.
- Fodor, E., L. Lane, J. Schippers, e T. van der Lippe (2011), “Gender differences in quality of life”, em M. Bäck-Wiklund, T. van der Lippe, L. den Dulk e A. Doornie-Huskies (orgs.) (2011), *Quality of Life and Work in Europe. Theory, Practice and Policy*, Londres, Palgrave Macmillan, pp. 149-164.
- Guerreiro, M. D., e I. Pereira (2007), *Corporate Social Responsibility, Gender Equality and the Reconciliation of Work with Family Life*, Lisboa, CITE/MTSS.
- Guerreiro, M.D. (2012), *Apontamentos sobre Família e Trabalho – Materiais Pedagógicos*, Lisboa, ESPP, ISCTE-IUL.
- Guerreiro, M. D., A. M. Barroso, e E. A. Rodrigues (2016), “Organizações saudáveis e qualidade do trabalho na Europa: desafios para organizações e profissões do setor público de saúde”, *Organizações e Sociedade*, 23 (78), pp. 421-437.
- Hasenfeld, Y. (2010), *Human Services as Complex Organizations*, Los Angeles, Sage Publications.
- Hochschild, A. (1989), *The Second Shift*, Nova Iorque, Viking.
- Hochschild, A. (1994), “Inside the clockwork of a male career”, em K. M. Orlans, e R. Wallace (orgs.), *Gender and the Academic Experience. Berkeley Women Sociologists*, Lincoln, University of Nebraska.
- Holmgren, K. (2008), *Work-Related Stress in Women. Assessment, Prevalence and Return to Work*, Gotemburgo, Universidade de Gotemburgo, tese de doutoramento.
- Houtman, I., P. Smulders, e R. van den Berg (2006), “Werkdruk in Europa: omvang, ontwikkelingen en verklaringen”, *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 22 (1), pp. 7-21.
- Karasek, R. (1979), “Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign”, *Administrative Science Quarterly*, 24, pp. 285-308.
- Karasek, R., e T. Theorell (1990), *Healthy Work. Stress, Productivity and Reconstruction of*

- Working Life*, Nova Iorque, Basic Books, Harper Collins Publishers.
- Kovacheva, S., A. Doorne-Huiskes, e T. Antilla (2011), "The institutional context of the quality of life", em M. Bäck-Wiklund, T. van der Lippe, L. den Dulk e A. Doorne-Huiskes (orgs.), *Quality of Life and Work in Europe. Theory, Practice and Policy*, Londres, Palgrave Macmillan, pp. 32-54.
- Lane, L., L. Billquist, M. Bäck-Wiklund, e S. Szücs (2008a), *Healthy Organisations, Quality of Life in a Changing Europe, work package 4*, Gotemburgo, Universidade de Gotemburgo.
- Lane, L., L. Billquist, M. Bäck-Wiklund, e S. Szücs (2008b), *Sweden. Report on Emerging Themes from the Interviews, research report D4.1*, Gotemburgo, Universidade de Gotemburgo.
- Lei n.º 7/2009, "Revisão do Código de Trabalho", *Diário da República*, 1ª série — N.º 30/2009 — 12 de fevereiro de 2009.
- Lei n.º 120/2015, "Nona revisão do Código de Trabalho", *Diário da República*, 1.ª série — N.º 170 — 1 de setembro de 2015
- Lewis, S. (1998), "O sentido dos direitos a apoios para a conciliação entre o trabalho e a vida familiar: o caso do Reino Unido", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 27, pp. 27-39.
- Lewis, S. (2008), *Consolidated Report. Case Studies of Healthy Organisations*, Middlesex, Middlesex University.
- Lewis, S., R. Gambles, e R. Rapoport (2007), "The constraints of a 'work-life balance' approach: an international perspective", *International Journal of Human Resource Management*, 18 (3), pp. 360-373.
- Lewis, S., D. Etherington, A. Mark, e M. Brookes (2008), *Comparative Report on the Innovation Groups*, Middlesex, Middlesex University.
- Lewis, S., A. Doorne-Huiskes, D. Redai, e M. Barroso (2011), "Healthy organizations", em M. Bäck-Wiklund, T. van der Lippe, L. den Dulk. e A. Doorne-Huiskes (orgs.) (2011), *Quality of Life and Work in Europe. Theory, Practice and Policy*, Londres, Palgrave Macmillan, pp. 165-185.
- Lipsky, M. (2010), *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*, Nova Iorque, Russell Sage Foundation.
- Lopes, N., e G. Carapinheiro (1997), *Condições e Recursos de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses — Estudo Sociográfico de Âmbito Nacional*, Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Pereira, Cláudia (2015), *Vidas Partidas. Enfermeiros Portugueses no Estrangeiro*, Lisboa, Lusodidacta.
- Präg, P., M. Guerreiro, J. Nätti, M. Brookes, e L. den Dulk (2011), "Quality of work and quality of life of service sector workers: cross-national variations in eight European countries", em M. Bäck-Wiklund, T. van der Lippe, L. den Dulk. e A. Doorne-Huiskes (orgs.) (2011), *Quality of Life and Work in Europe. Theory, Practice and Policy*, Londres, Palgrave Macmillan, pp. 77-94.
- Szücs, S., e O. Hemström (2010), "Effects of reorganization and innovation on long-term sick leave", em S. Marklund e A. Härenstam (orgs.) (2010), *The Dynamics of Organizations and Health. Work Life in Transition*, 5, pp. 93-111.
- Szücs, S., S. Drobic, L. den Dulk, e R. Verwiebe (2011), "Quality of life and satisfaction with work-life balance", em M. Bäck-Wiklund, T. van der Lippe, L. den Dulk e

- A. Doorne-Huiskes (orgs.) (2011), *Quality of Life and Work in Europe. Theory, Practice and Policy*, Londres, Palgrave Macmillan, pp. 95-117.
- Valcour, M. (2007), "Work-based resources as moderators of the relationship between work hours and satisfaction with work-family balance", *Journal of Applied Psychology*, 92 (6), pp. 1512-1523.
- Van der Lippe, T., S. Szücs, S. Drobic, e L. Billquist (2011), "Data and methods", em M. Bäck-Wiklund, T. van der Lippe, L. den Dulk e A. Doorne-Huiskes (orgs.), *Quality of life and Work in Europe. Theory, Practice and Policy*, Londres, Palgrave Macmillan, pp. 55-74.
- Wall, K., V. Cunha, S. Atalaia, L. Rodrigues, R. Correia, S. V. Correia, e R. Rosa (2016), *Livro Branco. Homens e Igualdade de Género em Portugal*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais / Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.

Margareta Bäck-Wiklund. Professora emérita, Universidade de Gotemburgo.
E-mail: margareta.back-wiklund@socwork.gu.se

Maria das Dores Guerreiro. Professora associada do Departamento de Sociologia do ISCTE — Instituto Universitário de Lisboa e investigadora do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL). *E-mail*: maria.guerreiro@iscte-iul.pt

Stefan Szücs. Professor, Universidade de Gotemburgo.
E-mail: stefan.szucs@socwork.gu.se

Leila Billquist. Professora, Universidade de Gotemburgo.
E-mail: leila.billquist@socwork.gu.se

Margarida Martins Barroso. Investigadora de pós-doutoramento no Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL), ISCTE — Instituto Universitário de Lisboa. *E-mail*: margarida.barroso@iscte-iul.pt

Eduardo Alexandre Rodrigues. Estudante de doutoramento no Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL), ISCTE — Instituto Universitário de Lisboa. *E-mail*: eduardo.rodrigues@iscte-iul.pt

Receção: 16 de outubro de 2016 Aprovação: 24 de maio de 2017