

## RETENÇÃO DE MÉDICOS MILITARES NAS FORÇAS ARMADAS PORTUGUESAS: PERCEÇÕES DE ATRATIVIDADE, APOIO ORGANIZACIONAL E PRÁTICAS DE GESTÃO DE PESSOAS 4.0<sup>1</sup>

### RETENTION OF MILITARY DOCTORS IN THE PORTUGUESE ARMED FORCES: PERCEPTIONS OF ATTRACTIVENESS, ORGANIZATIONAL SUPPORT AND PEOPLE MANAGEMENT PRACTICES

**Maria Inês Monteiro Godinho de Matos Loureiro**

Brigadeiro-general Médica da Força Aérea Portuguesa  
Licenciada em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa  
Mestre em Gestão de Recursos Humanos pelo ISCTE Instituto Universitário  
Diretora da Saúde da Força Aérea Portuguesa  
ines.g.matos@gmail.com

**Cristina Paula de Almeida Fachada**

Coronel Psicóloga da Força Aérea Portuguesa  
Doutorada em Psicologia pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa  
Chefe do Gabinete de Estudos e Projetos da Academia da Força Aérea  
cpfachada@gov.emfa.pt

**Nuno Alberto Rodrigues Santos Loureiro**

Coronel Técnico de Manutenção de Material Aéreo da Força Aérea Portuguesa  
Mestre em Ciências Militares – Defesa e Segurança pelo Instituto Universitário Militar  
Docente no Instituto Universitário Militar  
Investigador do Centro de Investigação e Desenvolvimento do Instituto Universitário Militar  
nuno.a.loureiro@gmail.com

#### Resumo

A dificuldade de retenção nas Forças Armadas (FA), especialmente de militares altamente treinados e especializados, entre os quais, médicos militares, provoca um elevado *turnover* e uma crescente falta destes efetivos, que é preocupante em Portugal.

Esta investigação, ancorada num raciocínio indutivo, associado a uma estratégia de investigação mista, pretendeu aprofundar o conhecimento da perceção que os médicos militares portugueses têm sobre a atratividade e o apoio das FA, e a sua intenção de turnover (IT), bem como das práticas de gestão de pessoas 4.0 (PGP4.0) por eles mais valorizadas, com intuito de identificar linhas de orientação estratégica (LOE) potencialmente mitigadoras do problema da retenção destes *high value assets*.

Numa amostra de 60% do universo dos médicos militares, observou-se que as FA são marginalmente atrativas, revelando-se mesmo pouco atrativas na dimensão dos

**Como citar este artigo:** Loureiro, M. I. M. G. M., Fachada, C. P. A. & Loureiro, N. A. R. S., (2025). Retenção de Médicos Militares nas Forças Armadas Portuguesas: Perceções de Atratividade, Apoio Organizacional e Práticas de Gestão de Pessoas 4.0. *Revista de Ciências Militares*, novembro, XIII(2), 107-177. <https://www.ium.pt/publist/>

<sup>1</sup> Artigo adaptado a partir do trabalho de investigação individual realizado no âmbito do Curso de Promoção a Oficial General 2022/23 e cuja defesa decorreu em julho de 2023, no Instituto Universitário Militar.

benefícios e recompensas. A percepção de apoio que estes oficiais têm da organização é baixa, mas, ainda assim, a sua IT tende a ser globalmente baixa. Conclui-se, ainda, que as PGP4.0 mais valorizadas estão generalizada e inversamente, alinhadas com as áreas que estes oficiais consideram mais deficitárias da atratividade e do apoio organizacional. Neste âmbito, foram propostas LOE, que após validação e análise, permitiram identificar contributos de *employer branding* interno para melhoria da retenção dos médicos militares.

**Palavras-chave:** Atratividade organizacional; *employer branding*; intenção de *turnover*; médicos militares; percepção de apoio organizacional; práticas de gestão de pessoas.

### **Abstract**

*The Armed Forces (AAFF) face significant challenges in retaining highly trained and specialised personnel, particularly military physicians. In Portugal, this issue has led to a growing shortage of these professionals, driven by a worrying turnover rate.*

*This study, grounded in inductive reasoning and employing a mixed-methods research strategy, aimed to assess Portuguese military physicians' perceptions of the attractiveness and support provided by the AAFF, their turnover intentions (TI) and the People Management Practices (PMP4.0) they most value. The goal was to identify strategic guidelines to retain these high-value assets.*

*Based on a sample representing 60% of all military physicians, the research revealed that the AAFF are perceived as only marginally attractive, and particularly unattractive in terms of benefits and rewards. Perceived organizational support (POS) among these officers is low and their TI is, overall, low. The PMP4.0 they most value tend to address the areas that these officers consider to be most lacking in attractiveness and organizational support. The study proposed strategic guidelines, which, after validation and analysis, provided internal employer branding strategies to help retain military physicians.*

**Keywords:** *Employer branding; military physicians; organisational attractiveness; perceived organisational support; people management practices; turnover intentions.*

## **1. Introdução**

Nos últimos 20 anos têm-se verificado alterações sociais, demográficas, políticas e económicas, que, em Portugal e noutros países da *North Atlantic Treaty Organization* (NATO), se refletem na imediata dificuldade em gerir os efetivos das suas Forças Armadas (FA) (Magalhães & Vaz-Pinto, 2020; NATO, 2007; Rijo, Marreiros, Mairós, & Paquete, 2018) por via da diminuição dos números do recrutamento e pela crescente dificuldade na retenção, especialmente de militares altamente treinados e especializados (NATO, 2007; Rijo et al., 2018). Entre estes, estão os oficiais médicos militares (Braga & Fachada, 2018; Branco, 2018), cujo aumento de casos de saída voluntária se repercute num incremento da necessidade da

sua substituição precoce, a fim de mitigar perdas organizacionais incalculáveis (Dupré & Day, 2007; McQuerrey, 2019). Esta situação de elevado *turnover*<sup>2</sup> destes *high value assets* é de tal forma transversal a muitos outros países da NATO, que justificou o pedido do *Committee of the Chiefs of Military Medical Services à Science & Technology Organization* da NATO para a realização de um estudo acerca dos fatores que afetavam a atratividade, o recrutamento e a retenção dos médicos militares da NATO (NATO, 2012).

Em Portugal, a saída de um elevado número de médicos militares, transversal aos três ramos das FA, através de abate aos quadros permanentes (QP) ou ao abrigo de licença especial para o exercício de capacidade eleitoral passiva, e promotora de um problema de crescente falta de médicos nas FA, observada por Braga e Fachada (2018) e Branco (2018), tem como causa mais relevante a “perda de expectativas” (Branco, 2018, p.37), relacionando-se os motivos do elevado *turnover* voluntário deste efetivo (no período de 2010 a 2017), “mais do que [...] ao custo (indemnizatório) da saída, [...] com uma (des)identificação afetiva [e] um (des)comprometimento psicológico com a organização” (Braga & Fachada, 2018, p.176). Um conjunto de evidências corroboradas igualmente por Loureiro, Fachada e Loureiro (2023).

Adicional e prospectivamente, estima-se que em 2030 exista um *deficit* elevado de trabalhadores diferenciados, sendo imperioso a tomada de medidas que visem a retenção do talento nas organizações (Korn Ferry, 2018, 2022; Tarique & Schuler, 2010).

Contudo, e como possível forma de mitigar este problema, Ambler e Barrow (1996) identificaram as mais-valias de trabalhar estrategicamente o *employer branding* (EB) (conjunto de benefícios funcionais, económicos e psicológicos oferecidos por uma organização aos seus trabalhadores e potenciais trabalhadores), por forma a recrutar e a reter colaboradores. Mais concretamente, para aumentar a retenção do talento, sugeriram que a aplicação interna de uma proposta de valor a cada colaborador, poderia ser benéfica, contribuindo, após a avaliação da atratividade organizacional (AO), para melhorar a qualidade das práticas de gestão de pessoas (PGP) aplicadas aos trabalhadores da organização (Ambler & Barrow, 1996; Backhaus & Tikoo, 2004). Em países com dificuldade em manter o seu número de efetivos nas FA, o EB mostra-se como mais uma ferramenta para melhorar a atração e a retenção (Kaur & Pingle, 2018).

Segundo Bonilla (2019) e Duarte, Nascimento e Almeida (2019) a gestão de pessoas do século XXI – “gestão de pessoas 4.0”, exige a aplicação de PGP de modo personalizado. Ademais, está demonstrado que determinadas PGP relacionadas com o investimento no capital humano das organizações e o reconhecimento da contribuição dos colaboradores para com as mesmas, estão associadas ao aumento da perceção de apoio organizacional (PAO) (Eisenberger, Aselage, Sucharski, & Jones, 2004; Rhodes & Eisenberger, 2002). Por outro lado, uma maior PAO, associa-se ao desejo de continuar na organização e à redução da taxa de

<sup>2</sup> O turnover corresponde à rotatividade de pessoal numa organização, ou seja, à entrada e saída de colaboradores num determinado período de tempo, refletindo a estabilidade da força de trabalho (Armstrong & Taylor, 2014).

*turnover* (Eisenberger, Huntington, Hutchison, & Sowa, 1986; Eisenberger, Stinglhamber, Vandenberghe, Sucharski, & Rhoades, 2002; Foong-Ming, 2008; Park, Newman, Zhang, Wu, & Hooke, 2016; Rhoades & Eisenberger, 2002), que pode, para efeitos de investigação, ser comparada à taxa de intenção de *turnover* (IT) (Griffeth, Hom, & Gaertner, 2000; Tett & Meyer, 1993). No diagrama apresentado na Figura 1 sintetizam-se estas relações.



**Figura 1 – Relação entre EB, PGP, PAO e IT.**

Neste enquadramento, da procura de PGP que contribuíssem para a diminuição do *turnover* dos médicos militares, importa ter presente o concluído por Loureiro et al. (2023), em consonância com o já anteriormente observado por Braga e Fachada (2018), relativamente ao facto de o comprometimento deste efetivo com o ramo ser fundamentalmente afetivo, experienciando, ao mesmo tempo, uma baixa PAO. Concluiu, ainda, Loureiro et al. (2023) que a mentoria – PGP associada à relação entre a PAO e o comprometimento organizacional –, concorria para uma diminuição do *turnover* da amostra estudada.

Assim, é propósito deste estudo aprofundar o conhecimento sobre a AO, a PAO e a IT dos médicos militares, a par das PGP4.0 que mais valorizam, com o intuito de propor contributos com vista à mitigação do problema da retenção destes *high value assets*.

Esta investigação tem por objeto de estudo a retenção (dos médicos militares), delimitando-se, de acordo com Sampieri (2013), nos domínios: espacial, ao contexto de atuação das FA portuguesas, em particular aos médicos militares na situação de efetividade de serviço; temporal, a janeiro de 2023; e concetual, à relevância das PGP-4.0 para a retenção dos médicos militares das FA tendo em conta a AO, a PAO e a IT.

É, assim, objetivo deste estudo *propor contributos para otimizar a retenção dos médicos militares nas FA portuguesas*, decorrendo deste Objetivo Geral (OG) dois Objetivos Específicos (OE):

OE1 - *Avaliar a atratividade organizacional, a perceção de apoio organizacional e a intenção de turnover dos médicos militares das FA portuguesas.*

OE2 - *Avaliar a relevância das práticas de gestão de pessoas 4.0 para os médicos militares.*

Um conjunto de objetivos associados à Questão Central (QC) de investigação:

QC - *Como otimizar a retenção dos médicos militares nas FA portuguesas?*

Relativamente à estrutura deste trabalho, ela integra, para além da presente introdução, mais seis capítulos. O segundo, onde é feito o enquadramento teórico e conceptual da investigação, através de uma revisão da literatura, focando os principais conceitos relacionados com o objeto do estudo, sendo ainda apresentado o modelo de análise. O terceiro, dedicado à exposição detalhada da metodologia e método aplicados. O quarto e o quinto onde são respondidas as questões de investigação. O sexto, onde se responde à QC. O sétimo, e último, onde se apresentam as conclusões, contributos para o conhecimento, limitações, sugestões de investigação futuras e recomendações de ordem prática.

## 2. Enquadramento teórico e conceptual

Neste capítulo apresenta-se o enquadramento teórico e a base concetual da investigação.

### 2.1. Atratividade organizacional

Segundo teoria desenvolvida por Ambler e Barrow (1996), numa combinação das estratégias de *marketing* com as PGP, o conjunto de benefícios funcionais, económicos e psicológicos oferecidos por uma organização aos seus atuais e potenciais trabalhadores chama-se EB, que pode e deve ser trabalhado estrategicamente por forma a recrutar e reter trabalhadores.

O EB desenvolve-se em três fases (Backhaus & Tikoo, 2004): a determinação da proposta de valor que a organização tem para oferecer individualmente, externa e internamente; a “venda” dessa proposta de valor a potenciais candidatos por forma a atraí-los; e a implementação interna desta “campanha de *marketing*” com vista à retenção. Sendo que, à luz de Ambler e Barrow (1996) e Backhaus e Tikoo (2004), a terceira fase pode influenciar a melhoria da qualidade das PGP aplicadas aos trabalhadores da organização. Ao modo como os potenciais e atuais trabalhadores percecionam a proposta de valor explicitada pela organização chama-se AO – *employer attractiveness* (Berthon, Ewing, & Hah, 2005) e pode ser medida com recurso a escalas (Berthon et al., 2005; Nguyen & Nguyen, 2021; Tanwar & Prasad, 2017). A escala de AO de Berthon et al. (2005), concebida para avaliar a atratividade externa de uma organização, mede o valor em cinco dimensões:

- Económica, norteada para benefícios/compensações monetárias, segurança no emprego e oportunidades de promoção;
- Desenvolvimento, relacionada com o reconhecimento, a confiança, a autoestima e a possibilidade de futuras propostas de emprego;
- Interesse, relativa ao ambiente de trabalho estimulante;
- Social, concernente ao ambiente de trabalho agradável que promova a felicidade e um trabalho em equipe saudável;
- Aplicação, referente à aplicação e ensino do conhecimento adquirido.

Baseados no EB de Ambler e Barrow (1996) e na escala de Berthon et al. (2005), Tanwar e Prasad (2017) desenvolveram uma escala, em sintonia com a evolução das motivações e interesses geracionais, também com cinco dimensões, agrupadas em três vertentes para determinar a AO interna, onde os trabalhadores eram inquiridos sobre a ambiente de trabalho saudável e o equilíbrio trabalho/vida pessoal (vertente psicológica), o treino/desenvolvimento e a ética/responsabilidade social corporativa (vertente funcional) e os benefícios/recompensas (vertente económica). Mais tarde, Nguyen e Nguyen (2021), explorando mais profundamente a dimensão do equilíbrio do trabalho/vida familiar, avaliaram a AO em dez dimensões: Responsabilidade social corporativa; educação/formação; promoção; trabalho em equipe; suporte interpessoal; oportunidade de viajar em trabalho; e equilíbrio trabalho/vida pessoal avaliado em cinco componentes (satisfação [*work-life balance satisfaction*]; interferência das rotinas familiares [*behaviour-based family interference with work*]; interferência do tempo de trabalho [*time-based work interference with family*]; interferência do stress familiar [*strain-based family interference with work*]).

**Quadro 1 – Dimensões das escalas de avaliação da AOs**

	Económica	Desenvolvimento/ Formação/Treino	Interesse	Ambiente Social	Aplicação	Equilíbrio trabalho/ Vida pessoal	Ética/Responsabilidade Social	Equipa	Viagem	Promoção
Berthon et al.	X	X	X	X	X					
Tanwar & Prasad	X	X		X		X	X			
Nguyen & Nguyen		X		X		4X	X	X	X	X

Fonte: Adaptado de Berthon et al. (2005), Nguyen e Nguyen (2021) e Tanwar e Prasad (2017).

No contexto da saúde, estudos conduzidos por Baltazar (2022) com profissionais de enfermagem em Portugal, demonstram que a perceção de atratividade influencia diretamente o compromisso organizacional e a intenção de saída, sendo mediada por fatores como o *personal brand equity*<sup>3</sup> e o *burnout*<sup>4</sup>. Estes resultados são corroborados por Dassler et al. (2022), que identificaram o equilíbrio trabalho-vida pessoal como uma das dimensões mais valorizadas no reforço da atratividade e da retenção. Ribeiro (2023) reforça esta evidência, ao demonstrar que os benefícios relacionados com o bem-estar e as expetativas profissionais têm impacto direto na intenção de candidatura, sendo mediados pela perceção de atratividade da organização. Medina-Garrido, Biedma-Ferrer e Ramos-Rodríguez (2017) acrescentam que políticas familiares conciliadoras não só potenciam o bem-estar dos profissionais, como influenciam positivamente o desempenho organizacional e a fidelização dos talentos.

As FA, em particular no que respeita à retenção de médicos militares, poderão beneficiar de uma abordagem estratégica centrada na valorização da marca empregadora interna. A adoção de práticas de EB alinhadas com os valores militares, a responsabilidade social, e a conciliação entre missão e vida familiar poderá reforçar o vínculo afetivo e a intenção de permanência dos profissionais de saúde militar.

## 2.2. Práticas de gestão de pessoas 4.0

Hoje em dia, as PGP estão longe das tradicionais práticas Taylorianas (focalizadas no fator produção do trabalho), ou Weberianas (centradas na burocracia administrativa do trabalho),

<sup>3</sup> Valor percebido de um profissional com base na sua marca pessoal. Um médico militar com elevado *personal brand equity* seria aquele que é percecionado como competente, íntegro, confiável e alinhado com os valores institucionais, o que aumenta a sua influência, reconhecimento e potencial de retenção. No contexto organizacional, o PBE está associado à motivação, à liderança, ao compromisso e à atratividade interna, funcionando como um ativo intangível que contribui para o desempenho e retenção dos profissionais (Rampersad 2009).

<sup>4</sup> Síndrome resultante de stress laboral crónico, caracterizada por três dimensões principais: exaustão emocional; despersonalização; e diminuição da realização pessoal (Leiter e Maslach 2005). No setor da saúde, e particularmente entre médicos militares sujeitos a contextos exigentes e cumulativos de pressão, o *burnout* representa um risco significativo para a saúde mental, o desempenho clínico e a decisão de permanência ou abandono da carreira.

do início do século XX, não se cingindo unicamente à determinação de salários apropriados e/ou à gestão administrativa e de relações contratuais, mas advogando, entre outras, a criação de oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal, o reforço da identificação dos indivíduos com a organização, o fomento das redes sociais de confiança e cooperação, e uma atuação justa e socialmente responsável (Rego et al., 2018, pp.41,67-68).

A gestão de pessoas do século XXI – “gestão de pessoas 4.0”, a par da quarta revolução industrial, que tornou muito ténues as linhas que separam os mundos físico, digital e biológico, revelando a necessidade de pôr o foco nos trabalhadores, porque só com a sua transformação, crescimento e adaptação se garantiria competitividade (Bonilla, 2019):

- Surge como uma evolução da “gestão estratégica de pessoas” nascida nos anos 80 do século passado (Rego et al., 2018, p.71);
- Tem em conta, por um lado, não só as competências técnico-profissionais (*hard skills*), mas também as *power skills*, nas quais devem estar englobadas as *soft skills*, as *digital skills* e as *thinking skills* (*design thinking* e *critical thinking*) dos seus colaboradores, e, por outro, não só a atração (*attract*), retenção (*retain*) e desenvolvimento (*develop*) dos trabalhadores (Tarique & Schuler, 2010) mas também o seu “apaixonar” (*engage*) e “dotar” (*resource*) (Duarte et al., 2019).

Neste enquadramento, a “gestão estratégica de pessoas” refere-se “às políticas, práticas e sistemas que influenciam o comportamento, as atitudes e o desempenho dos membros da organização no sentido de aumentar a competitividade e a capacidade de aprendizagem da organização”, que vão desde o planeamento das necessidades ao recrutamento e seleção das pessoas, passando pela gestão das suas carreiras, formação e desenvolvimento, até à avaliação do seu desempenho e atribuição de compensações/recompensas, e ainda, não menos importante, à criação de ambientes de trabalho positivos (Rego et al., 2018, p.57).

Neste tipo de gestão, os trabalhadores, enquanto “capital humano”<sup>5</sup> de uma organização, têm de ser vistos, individualmente e de modo personalizado, tendo em conta, não só seu *background* académico e de competências técnicas, mas também o seu capital social, no qual se incluem as redes de cooperação e laços de confiança que tem estabelecidos, e o seu capital psicológico, relativo a características individuais como a autoconfiança, o otimismo, a esperança e a resiliência, devendo a gestão das pessoas ser feita valorizando estas diferentes vertentes (Rego et al., 2018, pp.42-43).

Adicionalmente, advogaram Bonilla (2019) e Duarte et al. (2019) que no mundo 4.0, impõe-se alargar o leque das competências do “capital humano”, às competências digitais e de capacidade de raciocínio, e, neste âmbito, gerir as pessoas como “talentos humanos” e parceiros da organização, sendo estrategicamente necessário encontrar um alinhamento adaptativo entre os interesses individuais e os organizacionais (Chiavenato, 2014, pp.68-69).

---

<sup>5</sup> O capital humano é a força motriz da organização, devidamente integrada no contexto organizacional, produzindo a energia necessária para obter vantagens estratégicas num panorama global de competição, sendo o seu valor intangível (Chiavenato, 2014, pp.45-47).

Dito por outras palavras, a gestão das pessoas deve ser astuciosamente feita por forma a reter o talento, e a aumentar a competitividade, resiliência e resultados das organizações (Berthon et al., 2005; Claus, 2019; Tarique & Schuler, 2010).

Entre as melhores PGP descritas na literatura, encontram-se, entre muitas outras, a partilha da informação, as recompensas baseadas no desempenho, os sistemas de incentivos, a flexibilidade horária, a formação e a segurança no emprego, resumidamente agrupáveis nas que potenciam a estabilidade, o trabalho em equipe, a igualdade, o tratamento respeitoso ou a consulta participativa (Pfeffer, 1994, 1997, cit. por Rego et al., 2018, pp.117-118). A par daquelas, na ótica 4.0, Correio, Correio e Correio (2021) citam as que facilitam/promovem: a possibilidade de rotação e enriquecimento; o trabalho com maior responsabilidade e maior poder de decisão; uma resolução de problemas menos centralizadora e mais inovadora; um ambiente colaborativo; e o equilíbrio trabalho/vida pessoal.

Independentemente de quais sejam as PGP escolhidas, é consensual que, por forma a serem eficazes, estas não podem ser consideradas de um modo universal, *one size fits all*, mas sim de uma forma flexível e consistentemente articulada com a estratégia, o funcionamento (configuração) e a realidade temporal (contingência) da organização, ou seja, no seu alinhamento configuracional e contingencial (Rego et al., 2018, p.119).

Centrando na retenção, especificamente de médicos militares, a NATO (2012) identificou cinco principais PGP, nomeadamente:

- Incentivos financeiros, recomendando a utilização de suplementos remuneratórios e/ou pagamentos especiais;
- Formas flexíveis de prestação de serviço/contratação, advogando a: adoção de horários flexíveis e/ou parciais, possibilidade de trabalhar suplementarmente em hospitais públicos e/ou privados e/ou universidades, e de prestar serviço em regime de contrato;
- Planeamento do desenvolvimento profissional e da carreira, advertindo para a/o: progressão no posto em função do nível de experiência/treino, criação de programas de mentoria, e planeamento atempado da sucessão no posto de trabalho;
- Equilíbrio da carreira/vida pessoal, com recurso a: flexibilização de horários, teletrabalho parcial, e criação de jardins infantis;
- Incentivo ao treino/aprendizagem contínuos.

No Quadro 2 apresenta-se a operacionalização, por alguns países da Europa, desta realidade.

**Quadro 2 – PGP aplicadas aos médicos militares – Congéneres**

País	Situação	Prática de Gestão de Pessoas
Espanha	Dificuldade em reter médicos militares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidade partilhada (desde 2015 trabalham a maior parte do tempo noutras instituições hospitalares, o que tem gerado conflitos de interesse com o aumento do número das missões operacionais).</li> <li>• Diferentes modalidades de ingresso (com e sem licenciatura em Medicina e com ou sem especialidade médica).</li> <li>• Possibilidade de ingresso a estrangeiros nos concursos em regime de contrato.</li> <li>• Suplementos remuneratórios (complemento específico, pagamento de horas “incómodas”).</li> <li>• Possibilidade dos médicos reservistas participarem em missões operacionais, por curtos períodos.</li> </ul>
França		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilidade de prestação de serviço em regime de contrato com a possibilidade de ingresso posterior na carreira militar.</li> <li>• Criação de um corpo de médicos reformados (militares e civis das especialidades mais carenciadas) que prestam serviço no Serviço Médico da Defesa garantindo a sua continuidade (desde 2000).</li> </ul>
Bélgica		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligeiro aumento salarial específico para esta classe profissional.</li> <li>• Atribuição de subsídios extra a estes oficiais para a participação em missões operacionais.</li> </ul>
Reino Unido	Saída de cerca de 5%/ano, percebida como não problemática	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A atividade médica militar é partilhada com o <i>National Health Service</i> (NHS) recebendo os oficiais médicos um salário ligeiramente superior (entre 2 a 15%) que o dos médicos do NHS.</li> </ul>

Fonte: Adaptado a partir de Branco (2018).

Em relação aos médicos militares das FA portuguesas, para além de todas as PGP regulamentadas e aplicáveis aos militares, empregam-se ainda as no âmbito do Estatuto da Carreira Médico-Militar (CMM), e as específicas de evolução da carreira, relativas a esta classe profissional, mencionadas no Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR) (Quadro 3).

**Quadro 3 – PGP aplicadas aos médicos militares - Nacional**

Diploma		Prática de Gestão de Pessoas	
DL n.º 519/77	Art.º 3.º ao Art.º 6.º	Valorização da carreira	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equiparação da CMM à carreira médica civil (CMC) em termos de competências técnicas.</li> </ul>
	Art.º 12.º Art.º 13.º	Evolução da carreira	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de aquisição de certos graus da CMC para a promoção.</li> <li>• Tempos mínimos de permanência nos graus da CMC para a promoção.</li> </ul>
	Art.º 18.º	Remuneratória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suplementos remuneratórios por forma a ajustar o vencimento dos médicos militares aos da CMC.</li> </ul>
	Art.º 11.º Art.º 14.º	Obrigações contratuais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de “cumprimento de dez anos de serviço a partir do grau 3 (médico especialista), contados a partir da data de ascensão a esse grau da carreira médica”.</li> <li>• Necessidade de aproveitamento nos cursos da carreira médica (grau 1 e 2) para manutenção nos QP.</li> </ul>

[Cont.]

DL n.º 332/86	Art.º 4.º ao Art.º 6.º	Valorização da carreira	<ul style="list-style-type: none"><li>• Equiparação da CMM à CMC em termos de competências técnicas.</li></ul>
	Art.º 12.º	Evolução da carreira	<ul style="list-style-type: none"><li>• Necessidade de aquisição de certos graus da CMC para a promoção.</li></ul>
	Art.º 18.º	Remuneratória	<ul style="list-style-type: none"><li>• Suplementos remuneratórios por forma a ajustar o vencimento dos médicos militares aos da CMC.</li></ul>
	Art.º 11.º Art.º 14.º	Obrigações contratuais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Necessidade de “cumprimento de dez anos de serviço a partir do grau de assistente (médico especialista), contados a partir da data de ascensão a esse grau da carreira médica”.</li><li>• Necessidade de aproveitamento nos cursos da carreira médica (internato complementar) para manutenção nos QP.</li></ul>
DL n.º 90/2015	Art.º 63.º	Evolução da carreira	<ul style="list-style-type: none"><li>• Necessidade de certas condições especiais, relacionadas com os graus da carreira médica, para a promoção (EXE e FA).</li></ul>
	Art.º 168.º	Quadros especiais das áreas de saúde	<ul style="list-style-type: none"><li>• “o regime dos quadros especiais das áreas da saúde é fixado em legislação especial”.</li></ul>

Legenda: Decreto-Lei (DL); Exército Português (EXE); Força Aérea (FA).

Fonte: Construído a partir de DL n.º 519/77, de DL n.º 332/86 e de DL n.º 90/2015.

### 2.3. Perceção de apoio organizacional

Segundo a Teoria de Apoio Organizacional (*Organizational Support Theory*), a perceção de apoio organizacional (*Perceived Organizational Support*), é a perceção ou crença global formada pelo trabalhador sobre a medida em que a organização valoriza a sua contribuição e se preocupa com o seu bem-estar, tendo origem na experiência do próprio trabalhador, nas suas vivências com as políticas e procedimentos da organização e nas suas interações com os vários agentes da organização (Eisenberger et al., 1986; Eisenberger et al., 2004; Eisenberger, Fasolo, & Davis-LaMastro 1990; Rhoades & Eisenberger, 2002). Os trabalhadores recorrem ao que acreditam ser a relação que têm com a organização, como se a personificassem, avaliando sua prontidão na demonstração de reconhecimento, aprovação e apreciação, em resposta ao aumento do seu esforço profissional (Eisenberger et al., 1986).

Como determinantes/antecedentes da PAO, têm-se a justiça ou equidade no tratamento, o sentimento de apoio por parte das chefias e as políticas/PGP (Eisenberger et al., 2004; Rhoades & Eisenberger, 2002) percecionadas como iniciativas da organização, e não como o resultado de regulamentações impostas ou motivações associadas aos jogos de mercado (Eisenberger et al., 1986; Shore & Shore 1995, cit. por Honório 2009). Como consequências/consequentes, são de referir o aumento, por parte do trabalhador, do sentimento de obrigação (no sentido de ajudar a organização a atingir os seus objetivos), empenho e desempenho no trabalho, comprometimento organizacional, e desejo de continuar na organização, a par da redução do absentismo e do *turnover* (Eisenberger et al., 1986; Eisenberger, et al., 2002; Foong-Ming, 2008; Park, 2016; Rhoades & Eisenberger, 2002).

#### 2.4. Intenção de *turnover*

Em termos conceptuais, entende-se por *turnover* a decisão que um trabalhador toma, consciente e intencional, de deixar uma organização, por não se considerar satisfeito com a mesma (Tett & Meyer, 1993), e por intenção de *turnover* (um dos fortes preditores de *turnover*), a vontade consciente para procurar alternativas de trabalho noutras organizações (Griffeth et al., 2000; Tett & Meyer, 1993).

O *turnover*, sendo menos previsível que a atrição expectável das pessoas que trabalham nas organizações (associado, por exemplo, à saída por ser atingida a idade da reforma), pode, ainda assim, ser prevenido, dizendo mais sobre o funcionamento da organização do que sobre os trabalhadores (McQuerry, 2019). O *turnover* implica sempre perda para a organização, uma vez que o posto ocupado pelo trabalhador que saiu terá de ser preenchido por outro novo elemento (McQuerry, 2019). Esta realidade, nas organizações militares, torna-se especialmente preocupante, por um lado, devido aos enormes investimentos relacionados com a formação e ao tempo necessário para adquirir a proficiência específica e essencial para o correto cumprimento da complexa missão, que são as operações militares, perdidos se certo elemento altamente diferenciado sair abrupta e inesperadamente (Dupré & Day, 2007). Por outro, devido aos consequentes custos relacionados com um novo, oneroso e complexo processo de recrutamento, seleção e treino, decorrentes da necessidade de substituição do valioso elemento perdido, por forma a garantir continuidade no cumprimento da missão (Dupré & Day, 2007).

De forma a mitigar o turnover nas FA, diversas abordagens organizacionais podem ser mobilizadas. Um fator chave é o *employer branding interno*, que visa fortalecer a proposta de valor do empregador junto aos colaboradores atuais. Como demonstrado por Staniec e Kalińska-Kula (2021), práticas como atividades de *team-building*, *coaching*, sistemas de avaliação de desempenho e recrutamento interno, quando integradas num branding organizacional coerente, aumentam significativamente o envolvimento e a retenção dos colaboradores.

As organizações militares enfrentam desafios únicos como motivar jovens, gerir talentos e alinhar os RH com a missão institucional, pelo que a importância de práticas adaptadas ao perfil específico dos profissionais é realçada e a gestão do talento e o cuidado com o bem-estar – tanto dos ativos quanto dos veteranos – cruciais para minimizar o turnover (op den Buijs & Olsthoorn 2023).

Além disso, Reis, Sousa e Dionisio (2021) destacam que o *employer branding* atua como ferramenta estratégica na gestão de talentos, reforçando o vínculo emocional e a identificação dos colaboradores com a missão da organização. Em especial, nos contextos mais competitivos ou exigentes como o militar, a criação de uma identidade forte e clara do empregador é essencial para atrair e reter profissionais qualificados.

Quanto à evolução do número de médicos militares das FA portuguesas, à data de 31 de dezembro de 2022, da análise do Quadro 4 verifica-se a existência de um saldo negativo na Marinha (MAR) e na FA e um positivo no EXE, e um total, global nas FA, de menos 15

efetivos disponíveis. De realçar o facto, eventualmente evitável, de que, no período analisado, 67 médicos militares deixaram as FA por abate aos QP e 24 afastaram-se das suas funções ao abrigo de licenças<sup>6</sup>.

**Quadro 4 – Análise das entradas e saídas dos médicos militares das FFAA\***

ANO	MAR			EXE			FA			SALDO TOTAL
	Entrada médico	Saída médico	SALDO	Entrada médico	Saída médico	SALDO	Entrada médico	Saída médico	SALDO	
	EN + CFO	Abate QP + Licenças + RFE/RE		AM + CFO	Abate QP + Licenças + RFE/RE		AFA + ETM	Abate QP + Licenças + RFE		
2010	4+0	0+0+3	1	10+0	0+0+1	+9	3+0	0+0+4	-1	+9
2011	0+0	0+0+1	-1	8+0	0+0+2	+6	2+0	0+0+0	+2	+7
2012	2+0	0+0+4	-2	6+0	0+0+10	-4	3+0	0+0+2	+1	-5
2013	0+0	2+1+3	-6	8+0	0+1+2	+5	3+0	0+1+2	0	-1
2014	0+0	6+0+0	-6	3+0	0+0+5	-2	2+0	0+0+1	+1	-7
2015	2+0	3+0+1	-2	11+0	0+0+0	+11	3+0	1+0+1	+1	+10
2016	0+0	9+0+2	-11	5+0	0+0+4	+1	4+0	4+0+2	-2	-12
2017	2+4	5+0+1	0	6+0	2+1+0	+3	3+0	1+7+0	-5	-2
2018	0+0	0+0+0	0	5+0	2+0+2	+1	3+0	1+0+2	0	+1
2019	0+5	2+0+1	+2	5+1	2+1+0	+3	0+0	7+0+3	-10	-5
2020	0+7	1+(-1)+0	+7	0+2	1+(-2)+1	+2	0+2	0+0+0	+2	+11
2021	0+5	2+1+1	+1	0+0	7+8+1	-16	0+1	2+(2-2)+2	-3	-18
2022	0+3	4+1+0	-2	0+0	2+0+1	-3	0+3	1+0+0	+2	-3
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>53</b>	<b>-19</b>	<b>70</b>	<b>54</b>	<b>+16</b>	<b>32</b>	<b>44</b>	<b>-12</b>	<b>-15</b>

\*Consideram-se nas entradas, todos os oficiais que passam a integrar o quadro de médicos das FFAA, e nas saídas, todos os que deixam de colaborar ativamente, independentemente da via de entrada ou saída. Legenda: Academia da Força Aérea (AFA); Academia Militar (AM); Curso de Formação de Oficiais (CFO); Escola Naval (EN); Estágio Técnico-Militar (ETM); Reforma (RE); Reserva Fora da Efetividade (RFE).

Fonte: Construído a partir de Direção de Pessoal da MAR (e-mail, 13 de março de 2023), de Direção de Administração de Recursos Humanos do EXE (e-mails, 8 e de 14 de março de 2023) e de Direção Pessoal da FA (e-mail, 7 de março de 2023).

## 2.5. Modelo de análise

O modelo de análise encontra-se desenvolvido no Quadro 5.

<sup>6</sup> Licença especial para exercício de capacidade eleitoral passiva (alínea j) do art.º 95.º do EMFAR) e Licença ilimitada (alínea k) do art.º 95.º do EMFAR).

**Quadro 5 – Modelo de análise**

Objetivo Geral	Propor contributos para otimizar a retenção dos médicos militares nas Forças Armadas Portuguesas			
Questão Central	Como otimizar a retenção dos médicos militares nas Forças Armadas Portuguesas?			
Objetivos Específicos	Questões Derivadas	Conceitos estruturantes	Dimensões	Indicadores
<b>OE1:</b> Avaliar a atratividade organizacional, a perceção de apoio organizacional e a intenção de <i>turnover</i> dos médicos militares das Forças Armadas Portuguesas.	<b>QD1:</b> Qual é a atratividade organizacional, a perceção de apoio organizacional e a intenção de <i>turnover</i> dos médicos militares das Forças Armadas Portuguesas?	Atratividade Organizacional	Ambiente de trabalho saudável e ética (AO1)	Q2.6; Q2.12; Q2.18; Q2.19; Q2.24
			Equilíbrio trabalho/vida pessoal (AO2)	Q2.26; Q2.27; Q2.28; Q2.33
			Benefícios e recompensas (AO3)	Q2.1; Q2.2
			Formação e desenvolvimento (AO4)	Q2.4; Q2.5; Q2.10
			Promoção (AO5)	Q2.9; Q2.16
		Perceção de Apoio Organizacional	Apoio pessoal (PAO1)	Q3.4; Q3.7; Q3.8; Q3.10; Q3.13; Q3.14; Q3.19; Q3.24
			Apoio profissional (PAO2)	Q3.6R; Q3.16R; Q3.17R; Q3.20R; Q3.21R
		Intenção de <i>Turnover</i>	-	Q4.3; Q4.4; Q4.5; Q4.1R; Q4.2R
<b>OE2:</b> Avaliar a relevância das práticas de gestão de pessoas 4.0 para os médicos militares.	<b>QD2:</b> Qual a relevância das práticas de gestão de pessoas 4.0 para os médicos militares?	Práticas de Gestão de Pessoas 4.0	Ambiente de trabalho saudável e ética	PGP9; PGP12; PGP13; PGP16; PGP17; PGP18
			Equilíbrio trabalho/vida pessoal	PGP4; PGP5; PGP6; PGP9
			Benefícios e recompensas	PGP1; PGP2; PGP3; PGP7; PGP13; PGP15; PGP17; PGP18
			Formação e desenvolvimento	PGP3; PGP11; PGP14; PGP16
			Promoção	PGP7; PGP8; PGP9; PGP10; PGP12

Legenda:

Q – Questões inseridas no Questionário aplicado aos médicos militares (ver Apêndice A);

PGP – Prática de Gestão de Pessoas 4.0 (ver Apêndice C).

### 3. Metodologia e método

Neste capítulo apresenta-se a metodologia e o método utilizados.

#### 3.1. Metodologia

Desenvolveu-se um raciocínio indutivo (Santos & Lima, 2019, pp.18), tendo como ponto de partida as perceções dos médicos militares das FA portuguesas sobre a AO, a PAO e a IT, e a relevância das PGP4.0 para os mesmos, identificando-se potencialidades e vulnerabilidades, a partir das quais se formularam linhas de orientação para a otimização da retenção. Foi empregue uma estratégia de investigação mista com recurso a pesquisa documental,

utilização de inquéritos por questionário e entrevistas semiestruturadas (Santos & Lima, 2019, pp.29-32), assente num desenho de pesquisa transversal, tendo em conta que se estudou uma variação (escolhas dos diferentes grupos de médicos definidos) num determinado instante de tempo, sobre um certo objeto de estudo (retenção dos médicos militares), permitindo coligir dados, cuja análise, descritiva e analítica, possibilitou a determinação de padrões de associação (Santos & Lima, 2019, p.33).

## 3.2. Método

### 3.2.1. Participantes e procedimento

Participantes. Inquiriu-se, por questionário, o universo de oficiais médicos militares das FA portuguesas, no ativo<sup>7</sup> e na reserva na situação de efetividade de serviço<sup>8</sup>, à data de fevereiro de 2023 (N=257), tendo a amostra recolhida – não probabilística, por conveniência (Sarmiento, 2013, p.84) – representado 60% deste N (resultante das 154 respostas completas obtidas) que, por ramo, correspondem a 58%<sub>Marinha</sub> (n=40), 46,7%<sub>Exército</sub> (n=56) e 85,3%<sub>Força Aérea</sub> (n=58).

Em termos demográficos, o universo dos médicos das FA é maioritariamente constituído por homens (N=156; 60,7%), na faixa etária dos 31-40 anos (N=136; 53%), com a patente de oficiais gerais e oficiais superiores (N=143;55.6%), a prestar serviço em unidades fora dos seus ramos (N=92; 35,8%). Quando analisada por ramo, a caracterização é idêntica, exceto na FA em que a maioria de médicos são mulheres e prestam serviço em unidades do ramo (Quadro 6).

Ao nível da amostra, a descrição demográfica encontra-se globalmente alinhada com a do universo, sendo constituída, maioritariamente, por homens (n=87; 56,5%), na faixa etária dos 31-40 anos (n=84; 54,5%), com a patente de oficiais gerais e oficiais superiores (n=89; 57,8%), a prestar serviço em unidades fora dos seus ramos (n=63; 40,9%). Na amostra da FA verifica-se novamente a exceção, em que a maioria de médicos são mulheres, a prestar serviço em unidades do ramo (Quadro 6).

---

<sup>7</sup> N=62<sub>Marinha</sub>, 113<sub>Exército</sub> e 65<sub>Força Aérea</sub>

<sup>8</sup> N=7<sub>Marinha</sub>, 7<sub>Exército</sub> e 3<sub>Força Aérea</sub>

Quadro 6 – Análise descritiva do universo e da amostra

		Idade				Género		Posto		Local de prestação de serviço				
		até 30 anos	de 31 a 40 anos	de 41 a 50 anos	mais de 51 anos	Feminino	Masculino	1TEN/CAP e Oficiais subalternos (2TEN/TEN, STEN/ALF)	Oficial general ou Oficial superior (CALM/MGEN, COM/BGEN, CMG/COR, CFR/TCOR, CTEN/MAJ)	Hospitais civis (aplicável aos médicos internos)	Unidades / Órgãos / Serviços do Ramo	Unidades fora do Ramo (HFAR, UEFISM, DIRSAM, IASFA)		
Universo	MAR	N=69	14	28	17	10	31	38	30	39	23	22	24	
		% de N	20,3%	40,6%	24,6%	14,5%	44,9%	55,1%	43,5%	56,5%	33,3%	31,9%	34,8%	
	EXE	N=120	15	76	19	10	33	87	56	64	36	39	45	
		% de N	12,5%	63,3%	15,8%	8,4%	27,5%	72,5%	46,7%	53,3%	30%	32,5%	37,5%	
FA	N=68	9	32	19	8	37	31	28	40	15	30	23		
	% de N	13,2%	47,1%	27,9%	11,8%	54,4%	45,6%	41,2%	58,8%	22,1%	44,1%	33,8%		
FFAA	N=257	38	136	55	28	101	156	114	143	74	91	92		
	% de N	14,8%	52,9%	21,4%	10,9%	39,3%	60,7%	44,4%	55,6%	28,8%	35,4%	35,8%		
Amostra	MAR	n=40	6	18	15	1	18	22	19	21	12	14	14	
		% de n	15%	45%	37,5%	2,5%	45%	55%	47,5%	52,5%	30%	35%	35%	
	EXE	n=56	3	40	11	2	16	40	22	34	9	22	25	
		% de n	5,4%	71,4%	19,6%	3,6%	28,6%	71,4%	39,3%	60,7%	16%	39,3%	44,7%	
	FA	n=58	4	26	22	6	33	25	24	34	10	24	24	
		% de n	6,9%	44,8%	37,9%	10,4%	56,9%	43,1%	41,4%	58,6%	17,2%	41,4%	41,4%	
	FFAA	n=154	13	84	48	9	67	87	65	89	31	60	63	
		% de n	8,4%	54,5%	31,2%	5,9%	43,5%	56,5%	42,2%	57,8%	20,1%	39%	40,9%	
	% N - FFAA			34,2%	61,8%	87,3%	32,1%	66,3%	55,8%	57%	62,2%	41,9%	65,9%	68,5%

Legenda: Primeiro Tenente (1TEN); Segundo Tenente (2TEN); Alferes (ALF); Brigadeiro-General (BGEN); Contra-Almirante (CALM); Capitão (CAP); Capitão-de-Fragata (CFR); Capitão-de-Mar-e-Guerra (CMG); Capitão-Tenente (CTEN); Comodoro (COM); Coronel (COR); Direção de Saúde Militar (DIRSAM); Hospital das Forças Armadas (HFAR); Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IASFA); Major (MAJ); Major-General (MGEN); Subtenente (STEN); Tenente (TEN); Tenente-Coronel (TCOR); Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde Militar (UEFISM).

Fonte: Direção de Pessoal da MAR (e-mail, 13 de março de 2023), Direção de Administração de Recursos Humanos do EXE (e-mails, 8 de março de 2023), Direção Pessoal da FA (e-mail, 7 de março de 2023).

De realçar que o número de respondentes foi inferior a 50% do universo, apenas, no grupo dos médicos até aos 30 (n=13~34,2% de N) e no dos que têm mais de 51 anos (n=9 ~ 32,1% de N), bem como no grupo dos militares que ainda presta serviço nos hospitais civis (n=31 ~ 41,9% de N).

Participaram ainda no estudo as personalidades identificadas no Quadro 7, escolhidas por aliarem o seu conhecimento explícito e interpretativo ao poder para agir (Littig, 2009, pp.108-109).

**Quadro 7 – Lista de entrevistados**

<b>Código</b>	<b>Função</b>	<b>Nome</b>	<b>Data</b>	<b>Forma</b>
E1	Diretor dos Serviços de Saúde Militar e Assuntos Sociais da Direção-Geral de Recursos de Defesa Nacional	Dr. Nuno Caeiro	28-04-2023	Presencial
E2	Superintendente do Pessoal da Marinha	Vice-almirante Soares Ribeiro	19-04-2023	Presencial
E3	Comandante do Pessoal do Exército	Tenente-general Teodoro Maio	28-04-2023	e-mail
E4	Comandante do Pessoal da Força Aérea	Tenente-general Eurico Craveiro	21-04-2023	Presencial
E5	Diretor da Direção de Saúde Militar	Major-general André Batista	01-05-2023	Videoconferência
E6	Diretor da Saúde da Marinha	Capitão-de-mar-e-guerra Oliveira Anão	17-04-2023	Presencial
E7	Diretor da Saúde do Exército	Brigadeiro-general Fazenda Branco	17-04-2023	Presencial
E8	Diretor da Saúde da Força Aérea	Brigadeiro-general Pedro Reis	25-04-2023	Presencial

Procedimento. Após obtenção das necessárias autorizações, o inquérito por questionário, antecedido de um pequeno texto explicando o enquadramento e propósito da investigação e garantindo o anonimato e confidencialidade das respostas, foi disponibilizado ao universo de respondentes, em cada ramo, sob a forma eletrónica na aplicação *Google Forms* (no período de 23 de fevereiro a 18 de março de 2023).

Para a realização das entrevistas, foram contactados os Gabinetes das entidades a serem entrevistadas e definidas a forma e a data/hora das mesmas. Antes de cada entrevista, após explicado o enquadramento e propósito da investigação, foi solicitado o consentimento para citação e apresentadas garantias de anonimato, de que todos os entrevistados anuíram e abdicaram, respetivamente.

### **3.2.2. Instrumentos de recolha de dados**

Foi desenvolvido um inquérito por questionário<sup>9</sup> (Apêndice A), composto por cinco secções:

<sup>9</sup> O questionário foi previamente submetido a um pequeno grupo do universo ( $n=25/N=257$ ) a fim de efetuar o seu pré-teste e adaptar/ajustar o conteúdo face ao contexto de destino (Sarmento, 2013, p.95)

- Secção I, destinada à recolha de dados demográficos e profissionais para caracterizar a amostra (idade, género, ramo, posto e local de prestação de serviço<sup>10</sup>).
- Secção II, norteada à avaliação da AO interna<sup>11</sup>, foi construída e aplicada uma escala – *Atratividade Organizacional*, adaptada ao universo em estudo tendo por base os trabalhos de Tanwar e Prasad (2017) e de Nguyen e Nguyen (2021), constituída por 33 itens, respondidos numa escala tipo Likert com cinco pontos, variando entre Discordo Totalmente (1) e Concordo Totalmente (5) (Apêndice B).
- Secção III, orientada à avaliação da PAO, foi utilizada a versão adaptada e validada para aplicação aos médicos militares da FA por Loureiro et al. (2023)<sup>12</sup> (a partir da versão adaptada para português por Honório, 2009 e validada para uma população de militares portugueses por Afonso, 2010) da escala *Survey of Perceived Organizational Support* de Eisenberger et al. (1986), constituída por 24 itens, respondidos numa escala tipo Likert com sete pontos, variando entre Discordo Totalmente (1) e Concordo Totalmente (7).
- Secção IV, para avaliação da IT, foi utilizada a escala de *Turnover Cognition*, validada para uma população de médicos militares das FA portuguesas por Braga e Fachada (2018) a partir da original de Bozeman e Perrewé (2001), constituída por cinco itens, respondidos numa escala tipo Likert com sete pontos, variando entre Discordo Totalmente (1) e Concordo Totalmente (7). Os itens 4.3, 4.4 e 4.5 foram formulados de forma inversa (reversed) para controlar a aquiescência, tendo sido recodificados antes da análise para garantir coerência com a direção do construto.
- Secção V, com intenção de avaliar as PGP4.0 mais valorizadas pelos médicos militares, tendo por base a revisão da literatura foi proposta uma lista de 18 práticas ajustadas à realidade nacional (Apêndice C), das quais, cada inquirido escolheu as seis mais relevantes. Esta secção não tinha resposta obrigatória.

As análises, fatorial exploratória e de fiabilidade, das escalas AO, PAO e IT, apresentam-se no Apêndice D.

Apesar de reconhecida a importância do enviesamento da variância comum (*Common Method Variance* – CMV) na investigação em ciências sociais, optou-se por não recorrer ao Método do Fator Comum Latente, conforme proposto por Podsakoff et al. (2003), por se considerar que o desenho metodológico do presente estudo incorpora medidas preventivas adequadas à mitigação desse enviesamento, sem comprometer a validade interna das inferências obtidas. Em particular, foram implementadas diversas estratégias de natureza procedimental recomendadas pela literatura (Podsakoff, MacKenzie, e Podsakoff 2012), nomeadamente: (i) o anonimato dos respondentes, (ii) a garantia de confidencialidade das respostas, (iii) a reformulação semântica dos itens para evitar redundâncias entre variáveis independentes e dependentes, e (iv) a disposição alternada das escalas ao longo do questionário.

<sup>10</sup> Entendendo-se que, no caso dos médicos militares, a unidade de colocação nem sempre corresponde ao local de prestação maioritária de serviço.

<sup>11</sup> Doravante sempre que mencionado AO, refere-se a AO interna.

<sup>12</sup> Dos 33 itens da escala adaptada e validada por Loureiro et al. (2023) foram removidos os nove itens (n.ºs 10, 11, 13, 14, 18, 23, 25, 28 e 29) que apresentaram *factor loadings* <0,5.

Adicionalmente, os construtos incluídos foram selecionados com base em escalas validadas empiricamente e com propriedades psicométricas previamente estabelecidas, o que contribui para reduzir o risco de inflacionamento artificial das correlações por efeito do método de recolha Conway e Lance (2010). Considera-se, assim, que os riscos associados à CMV foram minimizados de forma suficiente através do controlo metodológico adotado, não se justificando, neste caso, a inclusão de um modelo com fator comum latente.

Pretendendo-se realizar *elite interviews* (Littig, 2009, pp.108-109) aos decisores políticos e militares, foi preparado um guião de entrevista destinado a validar – nas dimensões – Adequabilidade, Praticabilidade e Aceitabilidade (APA) – as Linhas de Orientação Estratégica (LOE) (Ribeiro, 2017, pp.35-36) propostas para a retenção dos médicos militares.

### 3.2.3. Técnicas de análise de dados

A análise dos dados do questionário (AO, PAO, IT e PGP4.0) foi desenvolvida através da aplicação de técnicas estatísticas, descritivas e inferenciais, com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences* (versão 28). Com base na recomendação de Harpe (2015), que considera que os dados de escalas do tipo *likert* podem ser tratados como dados contínuos, para a classificação das médias das variáveis recorreu-se à categorização utilizada por Tinoco (2021, p.16). Assim, utilizou-se a classificação, para escalas do tipo likert de:

- 5 pontos, de: baixa,  $M < 3,0$ ; moderada,  $3,0 \leq M \leq 3,75$ ; e elevada,  $M > 3,75$ ;
- 7 pontos, de: baixa,  $M < 4,0$ ; moderada,  $4,0 \leq M \leq 5,25$ ; e elevada,  $M > 5,25$ .

Para classificar as LOE, aplicou-se um método baseado em Sammut-Bonnici & Galea (2015) e em Wehrich (1982) em que foram cruzadas as potencialidades (pontos fortes) e vulnerabilidades (pontos fracos) da visão que os médicos militares têm das FA (no âmbito da AO, PAO e IT) com as PGP4.0 por eles mais valorizadas.

Para analisar as entrevistas semiestruturadas, efetuou-se uma análise de conteúdo, descritiva e interpretativa, conforme preconizado por Sarmento (2013, pp.53-66).

Por fim, com base em Yarger (2006, p.70), testaram-se as LOE numa perspetiva de APA.

## 4. Atratividade Organizacional, Perceção de Apoio Organizacional e Intenção de Turnover dos médicos militares das FA portuguesas

No presente capítulo é feita a análise dos dados e discussão dos resultados relativos à AO, PAO e IT dos médicos militares, e respondida a QD1.

### 4.1. Médias e diferenças de médias

#### 4.1.1. Escala de AO

Da análise do Quadro 8, observa-se que a média da AO ( $M=3,05$ ;  $DP=0,630$ )<sup>13</sup> é moderada e está na linha média<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Média (M); Desvio Padrão (DP).

<sup>14</sup> Sendo a escala de *Likert* utilizada de 1 a 5, considera-se que a linha média da escala é “3”.

Quadro 8 – Médias da AO

		AO		AO1		AO2		AO3		AO4		AO5	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
<b>Global</b>		<b>3,05</b>	0,630	<b>3,88</b>	0,787	<b>2,78</b>	0,916	<b>1,57</b>	0,740	<b>2,37</b>	0,907	<b>2,85</b>	0,955
<b>Ramo</b>	MAR	3,03	0,660	3,95	0,846	2,73	0,933	1,50	0,748	2,23	0,920	2,38	0,979
	EXE	2,89	0,593	3,70	0,737	2,71	0,889	<b>1,62</b>	0,752	2,04	0,738	2,77	0,831
	FA	<b>3,21</b>	0,614	<b>4,00</b>	0,772	<b>2,88</b>	0,938	1,57	0,704	<b>2,79</b>	0,894	<b>3,26</b>	0,890
<b>Idade</b>	Até 30	3,15	0,689	<b>4,15</b>	0,689	2,62	0,870	1,54	0,519	<b>3,00</b>	1,155	3,00	0,816
	De 31 a 40	2,93	0,597	3,81	0,814	2,63	0,847	1,45	0,648	2,25	0,848	2,73	0,998
	De 41 a 50	3,13	0,606	3,90	0,805	2,94	0,998	1,67	0,808	2,33	0,808	2,90	0,881
	Mais de 51	<b>3,56</b>	0,726	4,00	0,500	<b>3,56</b>	0,725	<b>2,22</b>	1,093	2,78	1,202	<b>3,56</b>	0,882
<b>Género</b>	Feminino	<b>3,15</b>	0,584	<b>3,99</b>	0,728	<b>2,99</b>	0,961	<b>1,64</b>	0,732	<b>2,54</b>	0,959	<b>3,10</b>	0,940
	Masculino	2,97	0,655	3,79	0,823	2,62	0,852	1,52	0,745	2,24	0,849	2,66	0,925
<b>Posto</b>	Oficial general ou superior	<b>3,12</b>	0,580	<b>3,89</b>	0,775	<b>2,99</b>	0,872	<b>1,71</b>	0,829	2,37	0,817	<b>2,94</b>	0,896
	1TEN/CAP e Oficial subalterno	2,94	0,682	3,86	0,808	2,49	0,904	1,38	0,550	<b>2,37</b>	1,024	2,72	1,023
<b>Local onde presta serviço</b>	Unidades fora do Ramo	3,06	0,619	3,76	0,797	<b>3,06</b>	0,914	<b>1,67</b>	0,783	2,27	0,919	2,81	0,913
	Unidades do Ramo	<b>3,07</b>	0,660	<b>4,02</b>	0,748	2,70	0,908	1,53	0,791	2,35	0,799	<b>2,98</b>	0,948
	Hospitais civis (médicos internos)	2,97	0,605	3,84	0,820	2,35	0,755	1,45	0,506	<b>2,61</b>	1,054	2,68	1,045

Ainda da análise do Quadro 8, o valor médio da AO revelou-se, em termos de: Ramo, mais elevado, mas de nível moderado, na FA (M=3,21; DP=0,614) e mais baixo no EXE (M=2,89; DP=0,593); idade, mais elevado, mas moderado, nos médicos com ≥51 anos (M=3,56; DP=0,726) e mais baixo, abaixo da média, nos que têm entre 31-40 anos (M=2,93; DP=0,597); género, moderado e acima da média, no feminino (M=3,15; DP=0,580); posto, moderado, e acima da média, no grupo dos médicos mais antigos (M=3,12; DP=0,580); e local de prestação de serviço, mais elevado, e acima da média, nos médicos que o fazem nos ramos (M=3,07; DP=0,660) e mais baixo, e abaixo de média, nos que trabalham maioritariamente nos hospitais civis (M=2,97; DP=0,605).

A AO está, muito abaixo da linha média, na subescala AO3 Benefícios\_e\_recompensas (M=1,57; DP=0,740) e acima, na subescala AO1 Ambiente\_de\_trabalho\_saudável\_e\_ética

(M=3,88; DP=0,787). Nas componentes AO2\_Equilíbrio\_trabalho/vida\_pessoal, AO4\_Formação\_e\_desenvolvimento e AO5\_Promoção, obtiveram-se valores de média de 2,78, 2,37 e 2,85, respetivamente, todos baixos e ligeiramente abaixo da linha média (Quadro 8).

Nas subescalas da AO (Quadro 8), os valores mais elevados verificam-se, ao nível de:

- AO1\_Ambiente\_de\_trabalho\_saudável\_e\_ética, nos médicos da(o): FA (M=4,00; DP=0,772); género feminino (M=3,99; DP=0,728); com idade <30 anos (M=4,15; DP=0,689); a desempenhar funções no ramo (M=4,02; DP=0,748); e pertencentes ao grupo dos oficiais mais antigos (M=3,89; DP=0,755);
- AO2\_Equilíbrio\_trabalho/vida\_pessoal, nos médicos da(o): FA (M=2,88; DP=0,938); com idade ≥51 anos (M=3,56; DP=0,725); oficiais gerais ou superiores (M=2,99; DP=0,872); género feminino (M=2,99; DP=0,961); e a desempenhar funções em unidades fora do ramo (M=3,06; DP=0,914);
- AO3\_Benefícios\_e\_recompensas, nos médicos da(o): EXE (M=1,62; DP=0,752); com idade ≥51 anos (M=2,22; DP=1,093); oficiais mais antigos (M=1,71; DP=0,829); género feminino (M=1,64; DP=0,732); e a desempenhar funções fora do ramo (M=1,67; DP=0,783);
- AO4\_Formação\_e\_desenvolvimento, nos médicos da(o): FA (M=2,79; DP=0,894); com idade <30 anos (M=3,00; DP=1,155); oficiais gerais ou superiores (M=2,37; DP=0,817); género feminino (M=2,54; DP=0,959); e a desempenhar funções nos hospitais civis (M=2,61; DP=1,054);
- AO5\_Promoção, nos médicos da(o): FA (M=3,26; DP=0,890); com idade ≥51 anos (M=3,56; DP=0,882); oficiais mais antigos (M=2,94; DP=0,896); género feminino (M=3,10; DP=0,940); e a desempenhar funções em unidades do ramo (M=2,98; DP=0,948).

Da análise conjugada dos dados dos Quadros 8, 9 e E1 (Apêndice E) verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias da AO quando analisadas em função do ramo ( $t_{EXE-FA}=-19,491$ ;  $\alpha<0,05$ ) e da idade ( $t_{[31,40]e\geq 51}=-39,452$ ;  $\alpha<0,05$ ), concluindo-se que os médicos da FA percebem, em média, as FA como mais atrativas (M=3,21; DP=0,614) que os do EXE (M=2,89; DP=0,593), e que os ≥51 anos, consideram em média a organização mais atrativa (M=3,56; DP=0,726) que os dos 31-40 anos (M=2,93; DP=0,597).

As diferenças das médias dos resultados dos diferentes grupos na subescala AO1\_Ambiente\_de\_trabalho\_saudável\_e\_ética não se revelaram estatisticamente significativas.

Na avaliação das médias da subescala AO2\_Equilíbrio\_trabalho/vida\_pessoal verificou-se que, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os ramos, elas existem em relação à idade ( $t_{<30e\geq 51}=-44,091$ ;  $\alpha<0,05$ ), ao género ( $t_{feminino-masculino}=2245,5$ ;  $\alpha<0,05$ ), ao posto ( $t_{of.sup.-of.sub.}=3722,5$ ;  $\alpha<0,05$ ) e ao local onde é prestado maioritariamente serviço ( $t_{HospitaisCivis-ForaRamo}=-32,323$ ;  $\alpha<0,05$ ). Nesta dimensão, as mulheres percebem em média (M=2,99; DP=0,961) a organização como mais atrativa do que os homens (M=2,62; DP=0,852), o mesmo se aplica aos: oficiais mais antigos (M=2,99; DP=0,872), quando comparados com os mais modernos (M=2,49; DP=0,904); médicos mais velhos (M=3,56; DP=0,725), face aos mais jovens (M=2,62; DP=0,870); os que prestam maioritariamente serviço nas unidades fora do

ramo (M=3,06; DP=0,914) face aos que trabalham a maior parte do tempo em hospitais civis (M=2,35;DP=0,755).

Na análise das médias obtidas na subescala AO3\_*Benefícios\_e\_recompensas*, as diferenças só se revelaram estatisticamente significativas na categoria do posto ( $t_{of.sup.-of.sub.}=3452,5$ ;  $\alpha<0,05$ ), sendo as FA, em média, menos atrativas para os oficiais menos graduados (M=1,38; DP=0,550) face aos mais graduados (M=1,71; DP=0,829).

Os resultados das diferenças das médias obtidas na dimensão AO4\_*Formação\_e\_desenvolvimento* só se mostraram estatisticamente significativos em relação ao ramo ( $t_{MAR-FA}=25,509$ ;  $\alpha<0,05$ ) e ( $t_{EXE-FA}=-33,366$ ;  $\alpha<0,05$ ), com os médicos da FA (M=2,79; DP=0,894) a perceberem-na como mais atrativa face aos da MAR (M=2,23; DP=0,920) e aos do EXE (M=2,04; DP=0,738).

**Quadro 9 – Testes para diferença de médias da AO**

	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>
<b>Ramo</b>	A distribuição de AO é igual nas categorias de Ramo.	Teste de Kruskal-Wallis	0,028
	A distribuição de AO1 é igual nas categorias de Ramo.		0,061
	A distribuição de AO2 é igual nas categorias de Ramo.		0,456
	A distribuição de AO3 é igual nas categorias de Ramo.		0,561
	A distribuição de AO4 é igual nas categorias de Ramo.		<0,001
	A distribuição de AO5 é igual nas categorias de Ramo.		<0,001
<b>Idade</b>	A distribuição de AO é igual nas categorias de Idade.	Teste de Kruskal-Wallis	0,017
	A distribuição de AO1 é igual nas categorias de Idade.		0,539
	A distribuição de AO2 é igual nas categorias de Idade.		0,016
	A distribuição de AO3 é igual nas categorias de Idade.		0,082
	A distribuição de AO4 é igual nas categorias de Idade.		0,053
	A distribuição de AO5 é igual nas categorias de Idade.		0,094
<b>Género</b>	A distribuição de AO é igual nas categorias de Género.	Teste U de Mann-Whitney	0,076
	A distribuição de AO1 é igual nas categorias de Género.		0,111
	A distribuição de AO2 é igual nas categorias de Género.		0,010
	A distribuição de AO3 é igual nas categorias de Género.		0,189
	A distribuição de AO4 é igual nas categorias de Género.		0,052
	A distribuição de AO5 é igual nas categorias de Género.		0,002
<b>Posto</b>	A distribuição de AO é igual nas categorias de Posto.	Teste U de Mann-Whitney	0,077
	A distribuição de AO1 é igual nas categorias de Posto.		0,893
	A distribuição de AO2 é igual nas categorias de Posto.		0,001
	A distribuição de AO3 é igual nas categorias de Posto.		0,021
	A distribuição de AO4 é igual nas categorias de Posto.		0,947
	A distribuição de AO5 é igual nas categorias de Posto.		0,165

[Cont.]

Local onde presta serviço	A distribuição de AO é igual nas categorias de Local onde presta serviço.	Teste de Kruskal-Wallis	0,738
	A distribuição de AO1 é igual nas categorias de Local onde presta serviço.		0,162
	A distribuição de AO2 é igual nas categorias de Local onde presta serviço.		0,002
	A distribuição de AO3 é igual nas categorias de Local onde presta serviço.		0,423
	A distribuição de AO4 é igual nas categorias de Local onde presta serviço.		0,233
	A distribuição de AO5 é igual nas categorias de Local onde presta serviço.		0,284

a) O nível de significância é 0,050. b) A significância assintótica é exibida. Foram escolhidos os testes não paramétricos de *Kruskal-Wallis* e de *Mann-Whitney* porque a escala AO é ordinal (Marôco, 2014, p. 230).

Na subescala AO5\_Promoção, as diferenças das médias só são significativas no género (t<sub>feminino-masculino</sub>=2095,5;  $\alpha < 0,05$ ), com as mulheres (M=3,10; DP=0,940) a percecionarem a organização como mais atrativa do que os homens (M=2,66; DP=0,925), e no ramo (t<sub>MAR-FA</sub>=38,532;  $\alpha < 0,05$ ) e (t<sub>EXE-FA</sub>=-22,546;  $\alpha < 0,05$ ), vendo, em média, os médicos da FA uma organização mais atrativa (M=3,26; DP=0,890) que os do EXE (M=2,77; DP=0,831) ou os da MAR (M=2,38; DP=0,979).

#### 4.1.2. Escala de PAO

Analisando o Quadro 10 verifica-se que a PAO, sendo generalizadamente baixa, é em média, mais elevada na FA (M=3,98; DP=1,116) e mais baixa na MAR (M=3,28; DP=0,905) e no EXE (M=3,29; DP=1,057), verificando-se a mesma relação nas subescalas PAO1\_Apoio\_pessoal e PAO2\_Apoio\_profissional. Nos resultados da PAO em função da idade, em média, as médias mais elevadas, se bem que moderadas, observam-se nos médicos  $\geq 51$  anos (M=4,56; DP=1,130), e mais baixas, no dos 31-40 anos (M=3,31; DP=1,064), observando-se relação idêntica nas subescalas PAO1\_Apoio\_pessoal e PAO2\_Apoio\_profissional. A PAO do género masculino (M=3,39; DP=1,103) é em média mais baixa que a do género feminino (M=3,75; DP=1,049), mantendo-se esta relação das médias nas subescalas PAO1\_Apoio\_pessoal e PAO2\_Apoio\_profissional. São os oficiais gerais e superiores que apresentam em média médias mais elevadas da PAO (M=3,82; DP=1,071), da PAO1 (M=4,12; DP=1,085) e da PAO2 (M=3,24; DP=1,288).

Quadro 10 – Médias da PAO

		PAO		PAO1		PAO2	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
<b>Global</b>		<b>3,55</b>	1,091	<b>3,86</b>	1,146	<b>2,96</b>	1,283
<b>Ramo</b>	MAR	3,28	0,905	3,63	0,897	2,70	1,224
	EXE	3,29	1,057	3,63	1,153	2,68	1,208
	FA	<b>3,98</b>	1,116	<b>4,24</b>	1,204	<b>3,41</b>	1,285

[Cont.]

<b>Idade</b>	até 30	3,46	0,967	<b>3,69</b>	1,182	3,08	1,382
	de 31 a 40	3,31	1,064	3,68	1,163	2,62	1,161
	de 41 a 50	3,79	1,031	4,02	0,978	3,29	1,288
	mais de 51	<b>4,56</b>	1,130	<b>4,89</b>	1,269	<b>4,22</b>	1,093
<b>Género</b>	Feminino	<b>3,75</b>	1,049	<b>3,88</b>	1,038	<b>3,39</b>	1,267
	Masculino	3,39	1,103	3,84	1,228	2,63	1,202
<b>Posto</b>	Oficial General ou Superior	<b>3,82</b>	1,072	<b>4,12</b>	1,085	<b>3,24</b>	1,288
	1TEN/CAP e Oficial Subalterno	3,17	1,009	3,39	1,134	2,58	1,184
<b>Local onde presta serviço</b>	Unidades fora do Ramo	<b>3,71</b>	1,156	<b>4,02</b>	1,143	<b>3,11</b>	1,357
	Unidades do Ramo	3,62	1,027	3,97	1,089	2,97	1,221
	Hospitais civis (médicos internos)	3,06	0,964	3,32	1,137	2,65	1,226

Pode-se verificar que a média da PAO, em função do local onde prestam serviço, é em média, mais elevada nos médicos que desempenham funções em unidades militares fora do seu ramo (M=3,71; DP=1,156) e mais baixa nos que trabalham maioritariamente nos hospitais civis (M=3,06; DP=0,964), verificando-se também esta diferença nas subescalas PAO1\_Apoio\_pessoal e PAO2\_Apoio\_profissional.

Estes resultados são maioritariamente sintónicos com os de Loureiro et al. (2023), no que toca à média global da PAO (M=3,54; DP=0,96) e às médias da PAO nas diferentes categorias, onde também os médicos mais velhos (M=4,39; DP=0,47), do género feminino (M=3,69; DP=1,02) e do grupo dos mais antigos (M=3,71; DP=1,01) obtiveram valores mais elevados, mas contrários a Loureiro et al. (2023), que refere serem mais elevadas as médias de PAO dos médicos que desempenham funções no ramo (M=3,78; DP=1,07).

De realçar o facto da PAO (M=3,55; DP=1,091), tanto na vertente *pessoal* (M=3,86; DP=1,146) como *profissional* (M=2,96; DP=1,283), estar globalmente abaixo da linha média<sup>15</sup>, estando os valores de PAO dos médicos abaixo dos obtidos por Afonso (2010) também numa amostra de militares (M=3,98; DP=0,40).

Da análise conjugada dos dados dos Quadros 10 e 11 e E2 (Apêndice E) verifica-se que as diferenças de média da PAO entre os ramos ( $t_{MAR-FA}=26,988$ ;  $\alpha<0,05$ ) e ( $t_{EXE-FA}=-28,231$ ;  $\alpha<0,05$ ) são estatisticamente significativas, revelando a FA valores mais elevados (M=3,98; DP=1,116) quando comparados com o EXE (M=3,29; DP=1,057) ou a MAR (M=3,28; DP=0,905). Estas diferenças também se observam, e são significativas a favor da FA (M=4,24; DP=1,204), na subescala PAO1\_Apoio\_pessoal ( $t_{MAR-FA}=21,719$ ;  $\alpha<0,05$ ) e ( $t_{EXE-FA}=-24,551$ ;  $\alpha<0,05$ ), em relação à MAR (M=3,63; DP=0,897) ou ao EXE (M=3,63; DP=1,153), e na subescala PAO2\_Apoio\_profissional ( $t_{MAR-FA}=23,945$ ;  $\alpha<0,05$ ) e ( $t_{EXE-FA}=-24,099$ ;  $\alpha<0,05$ ), com médias na FA (M=3,41; DP=1,285) significativamente superiores quando comparadas com as do EXE (M=2,68; DP=1,208) ou da MAR (M=2,70; DP=1,224).

<sup>15</sup> Sendo a escala de Likert utilizada de 1 a 7, considera-se que a linha média da escala é "4".

Se avaliadas em função da idade, são estatisticamente significativas as diferenças das médias da PAO entre os mais velhos e o os mais novos ( $t_{<30e\geq51}=-24,306$ ;  $\alpha<0,05$ ), tendo estes últimos valores mais baixos ( $M=3,46$ ;  $DP=0,967$ ) do que os primeiros ( $M=4,56$ ;  $DP=1,130$ ), e entre os dos 41-50 e os <30 anos ( $t_{41,50]e<30}=-22,094$ ;  $\alpha<0,05$ ), apresentando os primeiros também valores médios mais elevados ( $M=3,79$ ;  $DP=1,031$ ). Na avaliação das diferenças de médias de PAO1\_Apoio\_pessoal ( $t_{[31,40]e\geq51}=-41,980$ ;  $\alpha<0,05$ ) os médicos mais velhos têm, em média, valores significativamente mais elevados ( $M=4,89$ ;  $DP=1,269$ ) que os dos 31-40 anos ( $M=3,68$ ;  $DP=1,163$ ). Na PAO2\_Apoio\_profissional, as diferenças são significativas entre o grupo dos 31-40 e o dos mais velhos ou o dos 41-50, ( $t_{[31,40]e\geq51}=-53,339$ ;  $\alpha<0,05$ ) e ( $t_{[31,40]e[41,50]}=-23,037$ ;  $\alpha<0,05$ ), apresentado, o primeiro, valores mais baixos ( $M=2,62$ ;  $DP=1,161$ ) que os últimos ( $M=4,22$ ;  $DP=1,093$ ) e ( $M=3,29$ ;  $DP=1,288$ ).

Quando aos géneros, observam-se diferenças estatisticamente significativas nas médias PAO e PAO2\_Apoio\_profissional, ( $t_{\text{masculino-feminino}}=2344,0$ ;  $\alpha<0,05$ ) e ( $t_{\text{masculino-feminino}}=1961,0$ ;  $\alpha<0,05$ ), revelando as mulheres valores mais elevados de PAO ( $M=3,75$ ;  $DP=1,049$ ) e de PAO2 ( $M=3,39$ ;  $DP=1,267$ ) que os homens ( $M=3,39$ ;  $DP=1,103$ ) e ( $M=2,63$ ;  $DP=1,202$ ).

**Quadro 11 – Testes para diferença de médias da PAO**

	Hipótese nula	Teste	Sig. <sup>a,b</sup>
Ramo	A distribuição de PAO é igual nas categorias de Ramo.	Teste de Kruskal-Wallis	<0,001
	A distribuição de PAO1 é igual nas categorias de Ramo.		0,005
	A distribuição de PAO2 é igual nas categorias de Ramo.		0,004
Idade	A distribuição de PAO é igual nas categorias de Idade.	Teste de Kruskal-Wallis	0,002
	A distribuição de PAO1 é igual nas categorias de Idade.		0,016
	A distribuição de PAO2 é igual nas categorias de Idade.		<0,001
Género	A distribuição de PAO é igual nas categorias de Género.	Teste U de Mann-Whitney	0,031
	A distribuição de PAO1 é igual nas categorias de Género.		0,725
	A distribuição de PAO2 é igual nas categorias de Género.		<0,001
Posto	A distribuição de PAO é igual nas categorias de Posto.	Teste U de Mann-Whitney	<0,001
	A distribuição de PAO1 é igual nas categorias de Posto.		<0,001
	A distribuição de PAO2 é igual nas categorias de Posto.		0,002
Local onde presta serviço	A distribuição de PAO é igual nas categorias de Local onde presta serviço.	Teste de Kruskal-Wallis	0,010
	A distribuição de PAO1 é igual nas categorias de Local onde presta serviço.		0,007
	A distribuição de PAO2 é igual nas categorias de Local onde presta serviço.		0,255

a) O nível de significância é 0,050.

b) A significância assintótica é exibida.

Foram escolhidos os testes não paramétricos de *Kruskal-Wallis* e de *Mann-Whitney* porque a escala PAO é ordinal (Marôco, 2014, p. 230).

Na categoria de posto verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas médias PAO, PAO1\_Apoio\_pessoal e PAO2\_Apoio\_profissional, ( $t_{\text{of.sup-of.sub}}=3917,5$ ;  $\alpha<0,05$ ), ( $t_{\text{of.sup-of.sub}}=3846,5$ ;  $\alpha<0,05$ ) e ( $t_{\text{of.sup-of.sub}}=3725,0$ ;  $\alpha<0,05$ ), sendo as mesmas em média mais elevadas nos médicos mais graduados e mais baixas nos mais modernos.

As diferenças de média da PAO em função do local onde prestam serviço, ( $t_{\text{HospitaisCivis-Ramo}}=-23,493$ ;  $\alpha<0,05$ ) e ( $t_{\text{HospitaisCivis-ForaRamo}}=-27,658$ ;  $\alpha<0,05$ ), são estatisticamente significativas, sendo menor nos médicos que desempenham funções maioritariamente em hospitais civis ( $M=3,06$ ;  $DP=0,964$ ) quando comparadas com os que trabalham em unidades do ramo ( $M=3,62$ ;  $DP=1,027$ ) ou fora do ramo ( $M=3,71$ ;  $DP=1,156$ ). Esta diferença também se observa nas diferenças das médias da PAO1\_Apoio\_pessoal, ( $t_{\text{HospitaisCivis-Ramo}}=-25,690$ ;  $\alpha<0,05$ ) e ( $t_{\text{HospitaisCivis-ForaRamo}}=-28,207$ ;  $\alpha<0,05$ ), mantendo-se os valores mais baixos no grupo dos médicos dos hospitais civis ( $M=3,32$ ;  $DP=1,137$ ).

#### 4.1.3. Escala de IT

Da análise do Quadro 12, o valor médio da IT revelou-se, em termos de: Ramo, mais elevada e acima da média, na MAR ( $M=4,13$ ;  $D=1,505$ ) e mais baixa e abaixo da média, no EXE ( $M=3,09$ ;  $DP=1,456$ ); idade, mais elevada e bastante acima da média, nos médicos  $\geq 51$  anos ( $M=4,89$ ;  $DP=1,364$ ), e mais baixa e abaixo da média, nos com 31-40 anos ( $M=3,43$ ;  $DP=1,475$ ); género, mais elevada e acima da média, no feminino ( $M=4,09$ ;  $DP=1,495$ ) e mais baixa e abaixo da média, no masculino ( $M=3,33$ ;  $DP=1,499$ ); posto, mais elevada e acima da média, nos oficiais mais modernos ( $M=3,77$ ;  $DP=1,647$ ) e mais baixa e abaixo da média, nos mais antigos ( $M=3,58$ ;  $DP=1,460$ ); e local de prestação de serviço, mais elevada e bastante acima da média, nos médicos desempenham maioritariamente funções nos hospitais civis ( $M=4,48$ ;  $DP=1,262$ ), e mais baixa e abaixo de média, nos das unidades dos ramos ( $M=3,37$ ;  $DP=1,626$ ).

Quadro 12 – Média da IT

		IT	
		Média	Desvio Padrão
Global		<b>3,66</b>	1,539
Ramo	MAR	<b>4,13</b>	1,505
	EXE	3,09	1,456
	FA	3,90	1,495
Idade	até 30	4,77	1,739
	de 31 a 40	3,43	1,475
	de 41 a 50	3,54	1,429
	mais de 51	<b>4,89</b>	1,364
Género	Feminino	<b>4,09</b>	1,495
	Masculino	3,33	1,499
Posto	Oficial General ou Superior	3,58	1,460
	1TEN/CAP e Oficial Subalterno	<b>3,77</b>	1,647

[Cont.]

<b>Local onde presta serviço</b>	Unidades fora do Ramo	3,54	1,457
	Unidades do Ramo	3,37	1,626
	Hospitais civis (médicos internos)	<b>4,48</b>	1,262

De realçar que média da IT dos médicos ( $M=3,66$ ;  $DP=1,539$ ) sendo baixa, está globalmente acima da linha média<sup>16</sup>.

Da análise conjugada dos dados dos Quadros 12, 13 e E3 (Apêndice E) verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas médias da IT dos médicos do EXE, que tencionam menos retirar-se das FA, quando comparados com os dos outros ramos ( $t_{EXE-FA}=-22,376$ ;  $\alpha<0,05$ ) e ( $t_{EXE-MAR}=-30,702$ ;  $\alpha<0,05$ ), não se verificando esta diferença entre os médicos da Armada e os da FA. A média da IT dos médicos com 31-40 anos é significativamente mais baixa, e abaixo da média ( $M=3,43$ ;  $IT=1,475$ ), quando comparada com a dos mais velhos ( $t_{[31,40]e\geq 51}=-41,536$ ;  $\alpha<0,05$ ) e com a dos mais novos ( $t_{[31,40]e<30}=37,023$ ;  $\alpha<0,05$ ), que têm ambas médias mais elevadas e acima da média. As médicas pretendem, em média, sair mais das FA que os médicos, sendo esta diferença estatisticamente significativa. São os médicos internos, que desempenham maioritariamente funções em hospitais civis, que têm uma mais elevada e significativa vontade de abandonar as FA, quando comparados com os demais ( $t_{HospitaisCivis-Ramo}=-32,301$ ;  $\alpha<0,05$ ) e ( $t_{HospitaisCivis-ForaRamo}=27,865$ ;  $\alpha<0,05$ ).

**Quadro 13 – Testes para diferença de médias da IT**

<b>Hipótese nula</b>	<b>Teste</b>	<b>Sig.<sup>a,b</sup></b>
A distribuição de IT é igual nas categorias de Ramo.	<i>Kruskal-Wallis</i>	<b>0,001</b>
A distribuição de IT é igual nas categorias de Idade.	<i>Kruskal-Wallis</i>	<b>0,003</b>
A distribuição de IT é igual nas categorias de Género.	<i>U de Mann-Whitney</i>	<b>0,002</b>
A distribuição de IT é igual nas categorias de Posto.	<i>U de Mann-Whitney</i>	0,395
A distribuição de IT é igual nas categorias de local onde presta serviço.	<i>Kruskal-Wallis</i>	<b>0,003</b>

a) O nível de significância é 0,050.

b) A significância assintótica é exibida.

Foram escolhidos os testes não paramétricos de *Kruskal-Wallis* e de *Mann-Whitney* porque a escala IT é ordinal (Marôco, 2014, p. 230).

#### **4.2. Correlações entre a Atratividade Organizacional, Perceção de Apoio Organizacional e Intenção de Turnover**

Da análise do Quadro E4 (Apêndice E), observam-se correlações positivas e significativas, forte e moderadas<sup>17</sup>, entre:

<sup>16</sup> Sendo a escala de *Likert* utilizada de 1 a 7, considera-se que a linha média da escala é “4”.

<sup>17</sup> Segundo Cohen et al. (2007, p.521), Correlação é: muito forte se  $>8$ ; forte se  $]0,5;0,8]$ ; moderada se  $]0,3;0,5]$ ; modesta se  $]0,1;0,3]$ ; fraca se  $\leq 0,1$ .

- AO e PAO ( $r=0,582$ ;  $p<0,01$ );
- AO e IT ( $r=0,468$ ;  $p<0,01$ );
- PAO e IT ( $r=0,340$ ;  $p<0,01$ ).

Estes resultados indiciam a existência duma relação entre a AO e a IT, em linha com o defendido por Ambler e Barrow (1996), e entre a PAO e IT, em conformidade com o referido na literatura (Eisenberger et al., 1986; Eisenberger, et al., 2002; Foong-Ming, 2008; Park, 2016; Rhoades & Eisenberger, 2002). Revelam, ainda, a possibilidade da existência de relação entre a atratividade das FA e a perceção de apoio que os médicos militares têm por parte destas.

### 4.3. Síntese conclusiva e resposta à Questão Derivada 1

Da análise dos dados, e em resposta à QD1, *Qual é a atratividade organizacional, a perceção de apoio organizacional e a intenção de turnover dos médicos militares das FA portuguesas?*, conclui-se que as FA são atrativas, ainda que de forma marginal, para a globalidade dos médicos militares, existindo, no entanto, diferenças significativas no que diz respeito ao: Ramo EXE e FA, com estes últimos a perceberem as FA, embora de forma moderada, como mais atrativas; e à idade, com os militares com  $\geq 51$  a considerar as FA, de forma moderada, mais atrativas, face aos que têm 31-40 anos. O AO1\_Ambiente\_de\_trabalho\_saudável\_e\_ética é a única dimensão com atratividade elevada. No sentido oposto, situa-se AO3\_Benefícios\_e\_recompensas, referida como pouco atrativa por todos os médicos militares, em especial pelos 1TEN/CAP e oficiais subalternos quando comparados com os mais graduados. A dimensão AO4\_Formação\_e\_desenvolvimento registou globalmente uma atratividade baixa, existindo, diferenças significativas entre os ramos e entre os níveis etários, com os médicos da FA, e os detentores de uma idade  $< 30$  anos, a considerarem a atratividade das FA como, ainda assim, menos negativa. As FA são generalizadamente consideradas pouco atrativas na dimensão AO2\_Equilíbrio\_trabalho/vida\_pessoal, e apenas as/os: médicas, oficiais mais antigos,  $\geq 51$  anos e a prestar serviço em unidades fora do ramo, consideram esta dimensão moderadamente atrativa. Na dimensão AO5\_Promoção as FA são também pouco atrativas, mas, para as/os: mulheres, médicos da FA e que têm  $< 30$  ou  $\geq 51$  anos, esta é uma dimensão moderadamente atrativa.

Relativamente à PAO, constata-se ser baixa em termos globais e nas dimensões *pessoal* e *profissional*, revelando-se especialmente baixa na segunda. Apenas os médicos com  $\geq 51$  anos percebem apoio organizacional moderado, quer em termos globais, quer nas dimensões referidas. De uma forma global, os militares da FA, as médicas, os oficiais mais graduados e os mais velhos, percebem um maior apoio das FA. De notar ainda que, para os médicos internos, o apoio organizacional global e na dimensão *pessoal* em particular, é considerado muito reduzido.

A IT dos médicos é, globalmente, baixa, embora particularmente preocupante (IT moderada), para os médicos da Marinha, com  $\geq 51$  ou  $< 30$  anos, do género feminino e que prestam serviço nos hospitais civis, isto é, os internos. A IT revela-se mais baixa nos militares dos EXE quando comparados com os da MAR ou da FA. São os médicos mais velhos e os mais novos, quando comparados com os da faixa etária dos 31-40, que mais pretendem retirar-se das FA.

Concluiu-se ainda que, nos médicos militares das FA, existe uma correlação forte entre a AO e a PAO, moderada entre a AO e a IT, e a PAO e a IT, indiciando que as percepções em relação à atratividade e apoio organizacional tenderão a influenciar-se mutuamente, bem como contribuirão para a IT. Estes resultados revelam-se em linha com a literatura que refere que a melhoria da AO através das PGP implementadas (Ambler & Barrow, 1996; Backhaus & Tikoo, 2004) que contribuem para um aumento da PAO (Eisenberger et al., 2004; Rhodes & Eisenberger, 2002) resultam no aumento da retenção dos colaboradores (Eisenberger et al., 1986; Eisenberger, et al., 2002; Foong-Ming, 2008; Park, 2016; Rhodes & Eisenberger, 2002).

## 5. Práticas de Gestão de Pessoas 4.0 relevantes para os médicos militares

Faz-se neste capítulo a análise e discussão dos resultados obtidos sobre as PGP4.0 mais valorizadas pelos médicos militares, respondendo-se à QD2.

### 5.1. Práticas de Gestão de Pessoas 4.0 mais valorizadas

Nem todos os inquiridos responderam à última parte do questionário e, dos que responderam, nem todos escolheram as seis PGP que mais valorizavam. Das 924 respostas possíveis (seis PGP/médico militar) obtiveram-se 844 (91,3%) e, assumem-se como respostas nulas, ou seja, nenhuma PGP valorizada, as 80 escolhas que ficaram por concretizar.

Das 18 PGP4.0 propostas (Quadro 14 e Apêndices A e C), as globalmente valorizadas por mais de 40% dos médicos militares foram, por ordem decrescente de relevância, as: PGP1(84,4%), PGP4(71,4%), PGP3(63,6%), PGP9(45,5%), PGP2(42,9%), PGP11(42,2%) e PGP5(40,3%).

Quadro 14 – Valorização das PGP4.0

Prática de Gestão de Pessoas	TOTAL (n=154)	% de n
PGP1 - Suplementos remuneratórios	130	<b>84,4%</b>
PGP2 - Pagamentos especiais	66	<b>42,9%</b>
PGP3 - Acumulação de funções	98	<b>63,6%</b>
PGP4 - Flexibilização do horário	110	<b>71,4%</b>
PGP5 - Horário parcial	62	<b>40,3%</b>
PGP6 - Teletrabalho	30	19,5%
PGP7 - Valorização de competências para a promoção	53	34,4%
PGP8 - Progressão horizontal	36	23,4%
PGP9 - Planeamento de carreira	70	<b>45,5%</b>
PGP10 - Carreira a dois tempos	13	8,4%
PGP11 - Incentivos à formação e treino	65	<b>42,2%</b>
PGP12 - Mentoria formal	6	3,9%
PGP13 - Jardins de infância e atividades de apoio a menores	25	16,2%
PGP14 - Qualidade e inovação	45	29,2%
PGP15 - Desempenho de funções na reforma	12	7,8%

[Cont.]

PGP16 - Mecanismos de avaliação desenvolvimento de carreira	10	6,5%
PGP17 - Atividades cariz humanitário	10	6,5%
PGP18 - Atividades cariz ambiental	3	1,9%

Da análise do Quadro 15 infere-se que é o género feminino e as idades <30 anos quem mais valorizou os suplementos remuneratórios e as PGP relacionadas com os incentivos à formação e ao treino. A PGP sobre os pagamentos especiais é também mais valorizada no grupo dos mais jovens, sendo, porém, os homens, aqueles que mais a consideraram. A PGP4, relacionada com a flexibilização do horário, a PGP3, com a acumulação de funções, e a PG9 com o planeamento de carreira, são as práticas mais apreciadas pelos médicos do género masculino e do grupo dos mais velhos. A PGP5, relativa à possibilidade de usufruir de um horário parcial, foi mais valorizada pelos médicos do género masculino e pelos que têm entre 31-40 anos.

Constata-se ainda que as seis PGP mais valorizadas pelas mulheres são as PGP1(86,6%), PGP4(67,2%), PGP11(56,7%), PGP3(55,2%), PGP9(49,3%) e PGP7(35,8%), e que os homens, escolhem preferencialmente as PGP1(82,8%), PGP4(74,7%), PGP3(70,1%), PGP2(51,7%), PGP5(44,8%) e PGP9(42,5%), e que, independentemente da faixa etária, as PGP1, PGP3 e PGP4, estão no grupo das seis mais valorizadas pelos médicos militares, com percentagens de escolha sempre acima dos 50% da amostra.

**Quadro 15 – PGP4.0 em função da idade e do género**

PGP	Idade								Género			
	Até 30 n=13	% de n	31 a 40 n=84	% de n	41 a 50 n=48	% de n	Mais de 50 n=9	% de n	Feminino n=67	% de n	Masculino n=87	% de n
1	12	92,3%	72	85,7%	38	79,2%	8	88,9%	58	86,6%	72	82,8%
2	8	61,5%	42	50%	11	22,9%	5	55,6%	21	31,3%	45	51,7%
3	7	53,8%	54	64,3%	30	62,5%	7	77,8%	37	55,2%	61	70,1%
4	10	76,9%	64	76,2%	28	58,3%	8	88,9%	45	67,2%	65	74,7%
5	5	38,5%	35	41,7%	19	39,6%	3	33,3%	23	34,3%	39	44,8%
6	5	38,5%	19	22,6%	4	8,3%	2	22,2%	11	16,4%	19	21,8%
7	5	38,5%	25	29,8%	20	41,7%	3	33,3%	24	35,8%	29	33,3%
8	0	0%	14	16,7%	17	35,4%	5	55,6%	13	19,4%	23	26,4%
9	6	46,2%	41	48,8%	20	41,7%	3	33,3%	33	49,3%	37	42,5%
10	1	7,7%	7	8,3%	4	8,3%	1	11,1%	6	9,0%	7	8,0%
11	6	46,2%	34	40,5%	21	43,75%	4	44,4%	38	56,7%	27	31,0%
12	0	0%	3	3,6%	2	4,2%	1	11,1%	3	4,5%	3	3,4%
13	2	15,4%	10	11,9%	13	27,1%	0	0%	16	23,9%	9	10,3%
14	3	23,1%	20	23,8%	21	43,7%	1	11,1%	23	34,3%	22	25,3%
15	0	0%	5	5,9%	6	12,5%	1	11,1%	3	4,5%	9	10,3%
16	0	0%	6	7,1%	2	4,2%	2	22,2%	3	4,5%	7	8,0%
17	1	7,7%	5	5,9%	4	8,3%	0	0%	9	13,4%	1	1,1%
18	0	0%	2	2,4%	1	2,1%	0	0%	2	3,0%	1	1,1%

Nos dados das PGP em função do ramo (Quadro 16) observa-se que a PGP2 é a mais valorizada pelos médicos da MAR, as PGP3, PGP4, PGP5 e PGP9 pelos do EXE, e as PGP1 e PGP11 pelos da FA. As seis PGP mais apreciadas pelos médicos da MAR foram as PGP1(85%), PGP2(50%), PGP3(42,5%), PGP4(70%), PGP7(47,5%) e PGP9(52,5%), escolhendo os oficiais do EXE como favoritas as PGP1(78,6%), PGP2(46,4%), PGP3(73,2%), PGP4(76,8%), PGP5(44,6%) e PGP9(53,6%), e os da FA, as PGP1(89,7%), PGP3(68,9%), PGP4(67,2%), PGP5(37,9%), PGP11(56,9%) e PGP14(36,2%).

Dentro das PGP globalmente mais valorizadas, a relacionada com os pagamentos especiais foi mais escolhida pelos oficiais da MAR, e os do EXE valorizaram as associadas à acumulação de funções, ao horário parcial e/ou flexível, e ao planeamento de carreira adequado. Os médicos da FA escolheram como mais relevantes os incentivos à formação e treino e os suplementos remuneratórios.

**Quadro 16 – PGP4.0 em função do Ramo e do posto**

PGP	Ramo						Posto			
	MAR n=40	% de n	EXE n=56	% de n	FA n=58	% de n	1TEN/CAP e Oficiais subalternos n=65	% de n	Oficial general ou Oficial superior n=89	% de n
1	34	85,0%	44	78,6%	52	89,7%	56	86,2%	74	83,1%
2	20	50,0%	26	46,4%	20	34,5%	33	50,8%	33	37,1%
3	17	42,5%	41	73,2%	40	68,9%	40	61,5%	58	65,2%
4	28	70,0%	43	76,8%	39	67,2%	48	73,8%	62	69,7%
5	15	37,5%	25	44,6%	22	37,9%	28	43,1%	34	38,2%
6	7	17,5%	13	23,2%	10	17,2%	17	26,2%	13	14,6%
7	19	47,5%	23	41,1%	11	18,9%	20	30,8%	33	37,1%
8	9	22,5%	10	17,8%	17	29,3%	5	7,7%	31	34,8%
9	21	52,5%	30	53,6%	19	32,6%	27	41,5%	43	48,3%
10	6	15%	6	10,7%	1	1,7%	4	6,2%	9	10,1%
11	15	37,5%	17	30,4%	33	56,9%	28	43,1%	37	41,6%
12	3	7,5%	1	1,8%	2	3,5%	2	3,1%	4	4,5%
13	10	2,5%	5	8,9%	10	17,2%	9	13,8%	16	18,0%
14	8	20%	16	28,6%	21	36,2%	16	24,6%	29	32,6%
15	2	5%	5	8,9%	5	8,6%	2	3,1%	10	11,2%
16	2	5%	3	5,4%	5	8,6%	5	7,7%	5	5,6%
17	2	5%	3	5,4%	5	8,6%	3	4,6%	7	7,9%
18	1	2,5%	2	3,6%	0	0%	1	1,5%	2	2,2%

O grupo dos oficiais mais antigos valorizam PGP relacionadas com a acumulação de funções e o planeamento de carreira, e dos mais modernos, as associadas aos suplementos remuneratórios, pagamentos especiais, flexibilização do horário, horário parcial e incentivos à formação e treino. As seis PGP mais valorizadas pelos mais antigos são as PGP1(83,1%), PGP4(69,7%), PGP3(65,2%), PGP9(48,3%), PGP11(41,6%) e a PGP5(38,2%), prezando o grupo dos mais modernos as PGP1(86,2%), PGP4(73,8%), PGP3(61,5%), PGP2(50,8%), PGP11(43,1%) e PGP9(41,1%) (Quadro 17).

Observa-se no Quadro 17 que as seis PGP mais valorizadas pelos médicos internos são as PGP1(90,3%), PGP4(71,0%), PGP3(64,5%), PGP2(58,1%), PGP11(54,8%), PGP5(41,9%) e PGP9(41,9%). O grupo dos médicos a desempenhar funções maioritariamente nos ramos elege as práticas PGP1(81,7%), PGP4(75%), PGP3(60%), PGP2(43,3%), PGP9(41,7%) e PGP11(40%), e os que trabalham preferencialmente em unidades fora do ramo, escolhem as PGP1(84,1%), PGP4(68,7%), PGP3(66,7%), PGP9(50,8%), PGP5(41,3%) e PGP8(38,1%). Das PGP globalmente mais valorizadas, as PGP1, PGP2 e PGP5 foram mais escolhidas pelos internos; as PGP3, PGP9 e PGP11, pelos que desempenham funções nas unidades fora do ramo, e a PGP4 pelos que trabalham maioritariamente no ramo.

**Quadro 17 – PGP4.0 em função do local onde presta serviço**

PGP	Local onde presta serviço					
	Hospitais civis n=31	% de n	Unidades do Ramo n=60	% de n	Unidades fora do Ramo n=63	% de n
1	28	90,3%	49	81,7%	53	84,1%
2	18	58,1%	26	43,3%	22	34,9%
3	20	64,5%	36	60,0%	42	66,7%
4	22	71,0%	45	75,0%	43	68,3%
5	13	41,9%	23	38,3%	26	41,3%
6	9	29,0%	12	20,0%	9	14,3%
7	10	32,3%	23	38,3%	20	31,7%
8	1	3,2%	11	18,3%	24	38,1%
9	13	41,9%	25	41,7%	32	50,8%
10	2	6,5%	3	5,0%	8	12,7%
11	17	54,8%	24	40,0%	24	38,1%
12	1	3,2%	2	3,3%	3	4,8%
13	5	16,1%	8	13,3%	12	19,1%
14	9	29,0%	16	26,7%	20	31,7%
15	0	0%	4	6,7%	8	12,7%
16	3	9,7%	5	8,3%	2	3,2%
17	1	3,2%	8	13,3%	1	1,6%
18	0	0%	2	3,3%	1	1,6%

## 5.2. Síntese conclusiva e resposta à Questão Derivada 2

Da análise dos dados, e em resposta à QD2, *Qual a relevância das práticas de gestão de pessoas 4.0 para os médicos militares?*, conclui-se que as PGP globalmente mais valorizadas pelos médicos militares, estão em linha com as descritas na literatura relacionadas com a estabilidade, o tratamento respeitoso (Pfeffer, 1994, 1997, cit. por Rego et al., 2018, pp.117-118) e o equilíbrio trabalho/vida pessoal (Correio et al., 2021) – todas PGP4.0 (Bonilla, 2019; Duarte et al., 2019), enquadrando-se, em termos de AO, nas dimensões:

- *Equilíbrio trabalho/vida pessoal*: PGP4, PGP5 e PGP9;
- *Benefícios e recompensas*: PGP1, PGP2 e PGP3;
- *Formação e desenvolvimento*: PGP3 e PGP11;

– *Promoção*: PGP9.

Assim, PGP1 e PGP2, associadas aos *benefícios e recompensas*, são especialmente valorizadas pelos mais jovens, menos graduados e que prestam maioritariamente serviço nos hospitais civis, sendo a primeira mais considerada pelas médicas e os oficiais da FA e a segunda pelos médicos e os oficiais da MAR. A PGP9, relacionada com a *promoção*, é mais significativa para os médicos do/da MAR e EXE, género feminino, com 31-40 anos, mais graduados e que trabalham maioritariamente fora do ramo. A acumulação de funções (PGP3) é mais valorizada pelos oficiais mais velhos, mais antigos, do EXE, do género masculino, e pelos que trabalham em unidades fora do ramo. Por outro lado, os incentivos à formação e treino (PGP11), foram mais escolhidos pelos mais jovens, mais modernos, da FA, do género feminino, e pelos que trabalham maioritariamente em hospitais civis. A flexibilização do horário (PGP4) e o horário parcial (PGP5), relacionadas com o *equilíbrio trabalho/vida pessoal*, foram mais valorizadas pelos oficiais do EXE, do género masculino, e mais modernos, sendo a primeira mais escolhida pelos que trabalham em unidades do ramo e a última pelos que trabalham nos hospitais civis.

No contexto da PAO e, dentro das mais valorizadas, as PGP que potenciam a vertente *professional* afiguram-se ser as PGP1, PGP2, PGP3, PGP9 e PGP11, e as promotoras da vertente pessoal, as PGP4, PGP5 e PGP9, observando-se também aqui, algum tipo de sincronismo entre as PGP mais escolhidas pelos diferentes grupos e o tipo e grau de apoio que percebem.

## **6. Contributos para a retenção dos médicos militares nas FA portuguesas**

Neste capítulo, tendo por base a informação recolhida nas respostas à QD1 e QD2, é feita a análise das potencialidades e vulnerabilidades da visão/perceção que os médicos militares têm das FA, no âmbito da AO, PAO e IT, que, associadas às PGP4.0 por eles mais valorizadas, permitem identificar potenciais LOE com vista à eventual mitigação do problema da retenção destes oficiais. Estas LOE, apresentadas para validação em elite interviews, foram, após análise de conteúdo e APA, refinadas em alinhamento configuracional e contingencial com a organização, permitindo responder à QC.

### **6.1. Identificação das Linhas de Orientação Estratégica**

Considerando a visão/perceção que os médicos têm das FA, no âmbito da AO, PAO e IT, foram identificadas potencialidades e vulnerabilidades, apresentadas no Apêndice F.

Face às potencialidades e vulnerabilidades identificadas, e sabendo que quando as PGP são ajustadas às necessidades/vontades individuais dos colaboradores, as organizações se tornam mais atrativas e existe uma maior perceção de apoio (Ambler & Barrow, 1996; Backhaus & Tikoo, 2004; Eisenberger et al., 2002; Eisenberger et al., 2004; Park, 2016; Rhodes & Eisenberger, 2002), visando o aumento da retenção dos médicos militares, foi possível elencar potenciais LOE (Quadro18).

**Quadro 18 – Potenciais LOE**

<b>LOE1</b>	Implementar PGP que potenciem o aumento da AO na dimensão, <i>generalizadamente</i> mais deficitária, dos <i>Benefícios e recompensas</i> .	Atribuir suplementos remuneratórios (PGP1).
		Atribuir pagamentos especiais (PGP2).
		Autorizar a acumulação de funções (PGP3).
<b>LOE2</b>	Implementar PGP que potenciem o aumento da AO, nas dimensões <i>Equilíbrio trabalho/vida pessoal, Promoção e Formação e desenvolvimento</i> , com enfoque diferenciado nos diferentes grupos de médicos, em função, por um lado, da atratividade que percebem e, por outro, das PGP que mais valorizam.	Autorizar a acumulação de funções (PGP3).
		Autorizar a realização de horário parcial (PGP5).
		Permitir a flexibilização do horário de serviço (PGP4).
		Garantir um adequado planeamento de carreira (PGP9).
		Incentivar a formação e treino (PGP11).
<b>LOE3</b>	Implementar PGP que promovam o aumento da PAO, de um modo geral e com especial atenção à vertente <i>profissional</i> (PGP1; PGP2; PGP3; PGP9; PGP11), atentando também, no caso dos médicos internos, à vertente <i>pessoal</i> (PGP4; PGP5; PGP9).	
<b>LOE4</b>	Na implementação das PGP, cuidar em especial dos médicos internos, com elevada IT, pelo potencial que ainda têm para dar à organização.	

## 6.2. Validação das Linhas de Orientação Estratégica

Nas *elite interviews*, onde foram apresentadas as potenciais LOE, foi referido que:

**LOE1** – A LOE1 “faz sentido” (E4; E6), é “adequada” (E4; E7; E8) e “importante” (E5). Os suplementos remuneratórios “seriam um importante fator de reforço da AO” (E8) e “embora não resolvesse o problema da retenção, poderiam seguramente melhorá-lo” (E7). “O contributo de uma valorização salarial [seria] certamente uma abordagem com impacto positivo” (E3), mencionando E. Craveiro dever existir “algum alinhamento com o que está a ser feito para valorizar a carreira dos médicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) [...] que, em muitos casos, é feito através de atribuição de suplementos remuneratórios”. No entanto, S. Ribeiro, “não enveredaria pelo caminho dos suplementos remuneratórios e dos pagamentos especiais” para aumentar a *AO3\_Benefícios\_e\_recompensas*, valorizando mais, para esse fim, a autorização para a acumulação de funções e N. Caeiro refere que “apesar de ser defensor de outras formas de valorização da carreira, [considera que] a criação de suplementos e abonos poderia, efetivamente, contribuir para a retenção”. A acumulação de funções “mostra-se como uma solução mais viável” (E1) que deveria “ser estimulada” (E8), “considerada e aceite de acordo com as solicitações” (E6), “atendida, e [merecedora de] atenção, avaliada caso a caso” (E4), sendo vista como “uma mais-valia [que poderia] contribuir significativamente, até mais do que os suplementos remuneratórios para a retenção” (E7). Esta PGP foi positivamente distinguida por aliar a possibilidade de uma maior casuística, imprescindível à manutenção, atualização e valorização técnica dos médicos (com claras vantagens para o próprio e para a organização), aos benefícios remuneratórios (E1; E2; E3; E4; E7; E8).

Em relação à atribuição de suplementos remuneratórios, foi referido ser de “difícil implementação” (E1; E3; E6; E7) por implicar alterações legislativas na dependência ministerial e do Governo (E3; E4; E6; E7; E8) e aumentar a despesa pública (E1), no entanto, A. Batista afirmou que [sendo] “mais difícil de conseguir, [seria] factível, devendo ser implementada de forma equilibrada, [lembrando que] nas FA já existem este tipo de suplementos [...] para alguns”. Recordou N. Caeiro que “em 1977 foi criado, por decreto-lei, um suplemento para equiparação aos vencimentos das CMC [...] mas que nunca foi aplicado por falta de regulamentação e verba”. Foi sugerido que, relativamente à PGP1, “idealmente, deveria haver uma solução global para todas as FA [...] que não privilegiasse só os médicos [e que possibilitasse] diferenciar, sob a forma de suplemento, as diferentes funções e especificidades das carreiras existentes nas FA” (E6), devendo esta PGP “ser aplicada de modo transversal a todos os universos, e dentro de cada universo, a todos os seus elementos” (E3), e “implementada [...] baseada em normativos legais, claros e objetivos” (E8). A autorização para a acumulação de funções, foi considerada “mais exequível” (E1; E3) e “mais fácil de gerir [por ser] um procedimento interno” (E7) “já implementado” (E8) e, se governada “com sensatez, [uma potencial] forma de contrariar as saídas precoces” (E7), sendo que deveria ser “regulamentada de modo claro” (E6; E8) e “ponderada [...] tendo em conta o interesse de valorização do médico e o da instituição” (E4).

Relativamente aos suplementos remuneratórios, a discriminação positiva dos médicos, “não é, de um modo geral, considerada como um problema na relação com os outros militares, até porque, ela já existe para algumas outras classes profissionais nas FA” (E7), devendo “ser percebida como consequência natural, que são, as especificidades da atividade médica” (E8), podendo ser vista como “sinónimo de equidade” (E1). E. Craveiro “não vê riscos na sua implementação [...] sendo até uma questão de justiça e equiparação com aquilo que está a acontecer ao nível do SNS, [reforçando que] no futuro, terá de haver algum tipo de suplementos que diferenciem as pessoas para além do posto”. N. Caeiro refere que “quanto mais especializado for o trabalho, e quanto mais valor é produzido, [...] melhor deve ser compensado o profissional, [justificando que o surgimento de eventual] instabilidade no espírito de grupo [pode ser mitigado/atenuado] pela definição legal e clara das distinções [...] devidamente fundamentadas”. No entanto, O. Anão entende que a implementação desta prática poderá “levantar problemas de coesão interna [nas FA, advogando] a adoção generalizada da diferenciação, sob forma de suplemento, em função das especificidades/exigências das diferentes carreiras”, alertando S. Ribeiro para o facto de os “não médicos [irem] sempre sentir que os estamos a diferenciar negativamente”. Relativamente à acumulação de funções, T. Maio, ressalva a necessidade de “existir equilíbrio, [para que] na ânsia de resolver um problema de retenção [não se crie] um problema de disponibilidade”. Foi entendido “não existirem problemas entre os médicos” (E7) com a implementação desta LOE.

LOE2 – A aplicação diferenciada e individualizada de PGP para promover o aumento da AO nas áreas do *equilíbrio trabalho/vida pessoal* (PGP4; PGP5; PGP9), *promoção* (PGP9) e *formação e desenvolvimento* (PGP3; PGP11), foi apreciada como razoável, adequada (E4;

E6; E7; E8), “importante” (E5) e “decisiva” (E1), “não incomodando, que a gestão das PGP, seja feita [de forma flexível] à imagem daquilo que as pessoas mais valorizam [...] havendo certamente especificidades que convém ter em consideração, [pelo que] a flexibilização da gestão dos médicos deve ser quase total, devendo haver uma emanção centralizada (DIRSAM) daquilo que são as grandes intenções, para os ramos conseguirem [gerir] o seu pessoal médico de forma uniforme, dentro daquilo que é admissível e passível, por forma a manter a saúde militar funcionante” (E2). E. Craveiro referiu que, “dentro do que é possível, e dentro das regras existentes, tenta fomentar este tipo de práticas, umas mais que outras, em função da sua viabilidade, [não o chocando que haja flexibilização], desde que seja compatível, adequada, justa e equilibrada [e feita em alinhamento] com as necessidades e interesses do serviço e da organização”, no entanto, T. Maio reconhecendo ser “uma boa estratégia [...] e vendo com bons olhos que não se encarem todas as especialidades militares da mesma forma [refere que] a criação de um conjunto de soluções, à medida, [mesmo dentro do mesmo grupo profissional], poderá não ser a melhor abordagem [...] carecendo de reflexão”.

A flexibilização do horário de serviço foi considerada estar “inerente à condição militar” (E5; E6; E8) e ser “hoje em dia [...] essencial” (E4), concordando a maioria dos inquiridos com a sua aplicação (E2; E3; E4; E6; E7; E8) mas referindo A. Batista “não [achar] aceitável” considerar este tipo de prática uma linha de ação porque “um militar, [efetivamente], não tem horário”. S. Ribeiro refere que “na prática, permitiria o mesmo que a possibilidade de acumulação de funções, ou seja, uma compensação financeira e uma maior casuística”.

A realização de horário parcial foi entendida como desadequada, “não aceitável” (E5), referindo F. Branco “não [concordar] com horários do tipo *part-time*” e T. Maio não ser “apoiante entusiasta” desta PGP. E. Craveiro expressou “algumas reservas” em relação à sua aplicabilidade por se tornar “muito complexa e pouco exequível”, tendo referido P. Reis que “não devia ser possível [implementá-la] por ser incompatível com a disponibilidade permanente”.

Por outro lado, o adequado planeamento de carreira foi visto como “muito importante” (E3; E4) e “fundamental” (E3; E6; E7), fazendo “todo o sentido, nos dias de hoje [ter uma] preocupação especial” (E7) nesta área, que “atinja as expectativas [...] intenções e motivações” (E6) dos médicos, devendo “trazer previsibilidade e transparência aos processos de gestão de pessoas, [tendo] as Direções de Saúde um papel fundamental” (E3). E. Craveiro referiu que esta prática era muito importante, “em particular ao nível dos médicos, [por envolver] a carreira militar, mas acima de tudo, a carreira técnica médica”.

Os incentivos à formação e treino, considerados de “mais fácil implementação” (E6), foram vistos como “uma mais-valia” (E3), “indispensáveis” (E2), “importantíssimos e fundamentais” (E7) e “essenciais” (E4; E7), devendo a prática ser “incentivada [...] e articulada com os interesses do próprio” (E6). Referindo S. Ribeiro que valorizava os Doutoramentos e entendia ser adequado haver “uma diferenciação financeira, também nessa área, porque a diferenciação acarreta outro tipo de responsabilidades e até outro tipo de empenhamento”. E. Craveiro referiu que “a capacidade de nos diferenciarmos deve ser a nossa grande aposta [...] devendo-nos concentrar especialmente em áreas médicas diferenciadoras [...] específicas das

FA”. N. Caeiro afirmou que “deve haver uma aposta forte na formação, especialização e treino [por forma a que os médicos militares sejam] dos melhores do país [...] contribuindo para o sucesso da missão, seja no âmbito dos compromissos internacionais [...], no cumprimento de missões de interesse público [ou] como garante da soberania do Estado”.

Foram unicamente identificadas dificuldades de implementação relacionadas, com: a flexibilização do horário de serviço, podendo “às vezes, ser um bocadinho difícil [considerando que] temos de nos adaptar às exigências do ramo” (E7) e que “nunca pode ser prejudicado o serviço” (E6); e o adequado planeamento de carreira, que é, “muitas vezes, difícil de concretizar, pelas múltiplas vicissitudes que surgem” (E7). P. Reis referiu que deveriam “ser criadas e clarificadas as condições legais ou regulamentares [para a implementação da LOE2, devendo as mesmas ser] preferencialmente, transversais aos [médicos dos] três ramos, sem prejuízo da eventual aplicabilidade diferenciada para situações específicas em função da missão”. O. Anão mencionou que esta LOE deveria ser “aplicada em extensão, a todos nas FA [...], numa perspetiva generalizada, [e que as PGP deveriam ser ajustadas] à medida das expectativas da instituição e não só à medida dos médicos militares [aludindo para a] importância de se criar um “fato á medida” [conciliável] com a total disponibilidade”. N. Caeiro alertou haver toda a conveniência em dar cumprimento ao disposto na LOE2, através do artigo 168.º do EMFAR, “aprovando a legislação especial dos Quadros Especiais de Saúde [valorizando em especial] a formação, especialização e treino [...] e a equidade na progressão na carreira, [assegurando] uma maior flexibilização no exercício da função, permitindo e regulando a acumulação de funções”.

S. Ribeiro referiu que “riscos associados à implementação da gestão flexível para os médicos militares vão sempre existir, porque, os não médicos, poderão sentir-se diferenciados negativamente”, E. Craveiro afirmou existirem “riscos culturais relacionados com a implementação diferenciada das PGP” mas que não considera que, na FA, pudesse constituir um “risco valorizável” porque não se tratava de “uma questão de considerar que uns têm mais regalias per si, mas sim, de observar que as regalias decorrem do tipo de função desempenhada e de responsabilidade inerente”, e T. Maio alertou que “a não adoção de um estatuto claro e de um corpo de regras uniforme tem o potencial de aumentar a insatisfação, a instabilidade e a discricionariedade”.

LOE3 – A promoção de PGP que melhorassem a PAO, de um modo global e nas suas vertentes *profissional e pessoal*, foram consideradas, num paralelismo com o referido nas LOE anteriores, porque as PGP propostas são as mesmas, generalizadamente como adequadas (E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8), “importantes” (E7) e com “sentido” (E6). O. Anão ressaltou que deveria “ser colocada uma particular atenção no aspeto da PAO [e que] seria, até ético, considerando o que é exigido no âmbito da condição militar, [...] que fossem consideradas as PGP para a melhoria da PAO”. E. Craveiro mencionou que “devem ser utilizadas PGP que potenciem o aumento da PAO [devendo] ser aplicadas tendo em conta o equilíbrio organizacional [e as necessidades de] prestação do apoio médico”. A APA da implementação da LOE3, uma vez que implica a aplicação das mesmas PGP, está alinhada com a das LOE anteriores.

LOE4 – Relativamente à implementação de PGP atentando, com especial cuidado, os médicos internos, foi referido que “a nossa preocupação deveria ser com todos, mas, principalmente, com os mais jovens [por irem ser] o nosso corpo de saúde, [devendo por isso] ir ao encontro deles, [sendo] criadas condições para que desempenhem com satisfação a sua prática diária” (E7), “disponibilizado o máximo apoio que for possível” (E6) de forma “extensível aos três ramos” (E8). O. Anão referiu que “dar aos nossos médicos um bom início [...] é fundamental”, ideia corroborada por T. Maio e A. Batista. E. Craveiro concordou com a existência de “programas específicos para apoiar os médicos internos” dando como exemplo a mentoria, PGP muito valorizada por S. Ribeiro.

“Temos de evoluir e acompanhar as mudanças sociais que as novas gerações lideram, [e a implementação desta LOE] não implicaria mudanças estruturais [...] só alterações das metodologias de gestão de pessoas” (E4), pelo que seria praticável. No entanto, “a adoção de soluções orientadas para grupos específicos [...] poderão não constituir a melhor solução para a resolução [...] da retenção” (E3).

E. Craveiro não considera que “o facto de olharmos com mais atenção para os médicos mais novos possa vir a criar algum tipo de atrito com os mais velhos”, no entanto, em oposição, foi referido que, seria “essencial, a par da estabilidade, [...] da equidade e da igualdade de oportunidades, entre os médicos militares de cada ramo, e alargadamente, entre os três ramos” (E8) que esta LOE4 fosse mais abrangente, e que, “não deveríamos atuar só num grupo dos médicos, mas sim, em todos” (E7) “a bem da equidade de tratamento [...] e do equilíbrio das soluções” (E3).

### 6.3. Síntese conclusiva e resposta à Questão Central

Face ao acima referido, e tendo em conta a análise de conteúdo das entrevistas (Apêndice G), verifica-se que a LOE1 é adequada, enquanto potenciadora do aumento da AO e promotora da retenção dos médicos militares (75%). Todos os inquiridos consideraram-na igualmente adequada no que toca à autorização para a acumulação de funções (PGP3), existindo algum alinhamento (75%) sobre a adequabilidade da atribuição de suplementos remuneratórios e pagamentos especiais (PGP1; PGP2). Neste âmbito, afigura-se existirem condições para implementação da autorização para a acumulação de funções (PGP3), sendo mais “difícil” e “complexa” implementação das PGP relacionadas com atribuição pecuniária direta de benefícios e recompensas (PGP1; PGP2), por implicarem decisão governamental. Assim, a praticabilidade, ainda que parcial, da LOE1 foi concluída por unanimidade. Apesar de, grosso modo, esta LOE ter sido considerada aceitável – por não terem sido identificados riscos significativos associados à sua implementação, desde que se conseguisse garantir a continuação do cumprimento da missão (87,5%) –, foi dado o alerta para o potencial surgimento de conflitualidade inter-classes, e, pelo seguinte, sugerido o alargamento da implementação desta linha a todos nas FA (25%).

A LOE2 foi considerada parcialmente adequada para promover o aumento da AO e a retenção dos médicos militares (87,5%), mais concretamente, através da implementação das PGP3, PGP9 e PGP11 tendo, no entanto, sido levantadas questões em relação à adequabilidade

da PGP4 e/ou da PGP5. A LOE2 foi por todos considerada como praticável, sendo referida a necessidade da sua regulamentação (12,5%), e eventual dificuldade de implementação das PGP4 e/ou PGP5 e/ou PGP9 (87,5%). Foi referido que, não sendo estas práticas valorizadas de igual modo por todos, seria aceitável que, para manter as pessoas motivadas, a sua aplicação fosse feita de modo individualizado (50%). Por outro lado, foi alertado o possível surgimento de instabilidade aliado à aplicação diferenciada desta LOE aos médicos (37,5%), tendo mesmo a sua aceitabilidade sido posta causa, se não houvesse uma implantação transversal a todas as FA (12,5%).

A LOE3, que na prática implica a implementação de PGP iguais às consideradas na LOE1 e LOE2, foi por todos considerada como “de um modo geral adequada” e “parcialmente praticável”, em linha com as LOE anteriores. No entanto, 87,5% consideraram-na aceitável, se a sua implementação não pusesse em causa a missão, referindo um dos entrevistados (12,5%) que, para aceitar a implementação desta LOE a mesma deveria ser alargada a todos nas FA, alertando outros três (37,5%) para o potencial recrudescimento da insatisfação dos não médicos.

Quanto à implementação da LOE4, apesar de ser considerada maioritariamente adequada (87,5%) e até praticável (100%), foi apreciada como aceitável apenas por 50% dos entrevistados, pelo que se entende não validada, e por isso abandonada.

Assim, em alinhamento configuracional e contingencial com as FA, e após análise APA, apresenta-se no Quadro 19 a validação das LOE propostas:

**Quadro 19 – Validação das LOE**

	Adequada	Praticável	Aceitável	Validação
<b>LOE1</b>	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Parcial
<b>LOE2</b>	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Parcial
<b>LOE3</b>	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Parcial
<b>LOE4</b>	Sim	Sim	Não	Não

Em continuidade, e tendo em vista o OG desta investigação – *Propor contributos para otimizar a retenção dos médicos militares nas FA portuguesas, e dando resposta à sua QC – Como otimizar a retenção dos médicos militares nas FA portuguesas?*, propõem-se, com vista ao aumento da AO e da PAO e diminuição da IT, as seguintes LOE:

- Promover as alterações legislativas da CMM, mais concretamente a revisão do Decreto-Lei n.º 519/1977, de 17 de dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 332/86, de 2 de outubro, por forma a permitir a atribuição de suplementos remuneratórios e/ou pagamentos especiais;
- Autorizar os pedidos dos médicos militares para a acumulação de funções, garantindo, no entanto, a continuação do cumprimento da missão das FA;
- Permitir, aos médicos militares, a flexibilização do horário normal de serviço, garantindo, no entanto, que não é posto em causa o cumprimento da missão;

- Garantir um adequado planeamento de CMM, tendo em conta a componente militar e a técnica, indo, o mais possível, ao encontro das intenções, motivações e expectativas individuais;
- Incentivar a formação e o treino, de forma adequada às necessidades e vontades individuais, com vista à melhoria das competências necessárias para o desempenho de funções.

## 7. Conclusões

Nos últimos 20 anos, em Portugal e noutros países da NATO, tem-se verificado uma diminuição dos números do recrutamento e um aumento da dificuldade de retenção, especialmente de militares altamente treinados e especializados, como os oficiais médicos militares, promotora de um problema crescente de falta destes efetivos nas FA. Desde 2010, 67 médicos militares deixaram as FA portuguesas por abate aos QP e 24 afastaram-se das suas funções ao abrigo de licenças. Um elevado *turnover* voluntário, transversal aos três ramos das FA, grandemente associado, não tanto ao custo (indeminização) da saída, mas mais à perda de expectativas, menor identificação afetiva e comprometimento psicológico com a organização.

Neste âmbito – e considerando as evidencias na literatura acerca da taxa de IT estar inversamente associada à AO, PAO e adequadas PGP instituídas nas organizações –, foi propósito deste estudo aprofundar o conhecimento sobre a AO, a PAO e a IT dos médicos militares, a par das PGP4.0 mais valorizadas neste contexto, a fim de propor contributos potencialmente promotores da retenção destes high value assets.

Relativamente ao OE1 – *Avaliar a AO, a perceção de PAO e turnover dos médicos militares das FA portuguesas*, a investigação materializou-se na resposta à QD1, operacionalizado pela aplicação de um questionário de autorrelato respondido por 154 médicos militares (correspondente a 60% do universo). Da análise quantitativa dos dados, concluiu-se que as FA são, grosso modo, marginalmente atrativas. O AO1\_ *Ambiente de trabalho saudável e ética* foi a única dimensão com atratividade elevada, situando-se no sentido oposto aos AO3\_ *Benefícios e recompensas*, esta última referida, inclusive, como pouco atrativa por todos os médicos militares e em especial pelo grupo dos mais novos. Nas dimensões AO4\_ *Formação e desenvolvimento*, AO2\_ *Equilíbrio trabalho/vida pessoal* e AO5\_ *Promoção*, as FA tem globalmente uma atratividade baixa, existindo diferenças significativas entre alguns dos diferentes grupos estudados. A PAO é baixa, em termos globais e nas dimensões pessoal e profissional, revelando-se especialmente baixa na segunda. De realçar que para os médicos internos, o apoio organizacional global e na dimensão *pessoal* em particular, é considerado muito reduzido. A IT dos médicos é globalmente baixa sendo, no entanto, particularmente preocupante, por ser moderada em alguns dos grupos estudados.

Em alinhamento com a literatura, concluiu-se ainda que existe uma correlação forte entre a AO e a PAO, moderada entre a AO e a IT, e a PAO e a IT, indiciando que as perceções em relação à atratividade e apoio organizacional tenderão a influenciar-se mutuamente, bem como contribuirão para a IT.

Quanto ao OE2 – *Avaliar a relevância das práticas de gestão de pessoas 4.0 para os médicos militares*, operacionalizado também pela aplicação do questionário supracitado, cuja análise permitiu responder à QD2, concluiu-se que as PGP globalmente mais valorizadas, por ordem decrescente de relevância, são as: PGP1 (suplementos remuneratórios), PGP4 (flexibilização do horário), PGP3 (acumulação de funções), PGP9 (planeamento de carreira), PGP2 (pagamentos especiais), PGP11 (incentivos à formação e treino) e PGP5 (horário parcial). Estas PGP estão em linha com as descritas na literatura como PGP4.0, enquadrando-se, em termos de AO, nas dimensões: AO2\_*Equilíbrio trabalho/vida pessoal*, as PGP4, PGP5 e PGP9; AO3\_*Benefícios e recompensas*, as PGP1, PGP2 e PGP3; AO4\_*Formação e desenvolvimento*, as PGP3 e PGP11; e AO5\_*Promoção* a PGP9. De notar que, revelando as FA uma atratividade elevada na dimensão AO1\_*Ambiente de trabalho saudável e ética* os médicos militares não sentiram necessidade de valorizar as PGP dessa área, e que, por outro lado, escolheram PGP associadas às áreas que consideraram ser menos atrativas, conseguindo observar-se alguma congruência entre as escolhas dos diferentes grupos e as áreas que os mesmos entenderam ser menos atrativas. No contexto da PAO também se observou algum tipo de sincronismo entre as PGP mais valorizadas pelos diferentes grupos e o tipo e grau de apoio que percecionam.

Por fim, o OG desta investigação – *propor contributos para otimizar a retenção dos médicos militares nas FA portuguesas*, atingiu-se respondendo à QC. Neste âmbito, analisadas as potencialidades e vulnerabilidades da visão/perceção que os médicos militares têm das FA no âmbito da AO, PAO e IT, e sabendo que, quando as PGP são ajustadas às necessidades/vontades individuais dos colaboradores, as organizações se tornam mais atrativas e existe uma maior perceção de apoio, foram propostas LOE visando o aumento da retenção dos médicos militares. A LOE1, focada na implementação de PGP que potenciassessem o aumento da AO na dimensão dos *Benefícios e recompensas*. A LOE2, gizada para a implementação de PGP que potenciassessem o aumento da AO nas dimensões *Equilíbrio trabalho/vida pessoal*, *Promoção e Formação e desenvolvimento*, com enfoque diferenciado nos diferentes grupos de médicos, em função, por um lado, da atratividade que percecionam e, por outro, das PGP que mais valorizam. A LOE3, delineada para a implementação de PGP que promovessem o aumento da PAO, de um modo geral e com especial atenção à vertente *profissional*, atentando também, no caso dos médicos internos, à vertente pessoal. E a LOE4, traçada para promover a implementação das PGP, cuidando em especial dos médicos internos.

Em *elite interviews* foram apresentadas as (quatro) potenciais LOE acima identificadas, e após análise de conteúdo e APA, foi possível identificar, já aprimoradas e em alinhamento configuracional e contingencial com as FA, as seguintes LOE:

- Promover as alterações legislativas da CMM, mais concretamente a revisão do Decreto-Lei n.º 519/1977, de 17 de dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 332/86, de 2 de outubro, por forma a permitir a atribuição de suplementos remuneratórios e/ou pagamentos especiais;
- Autorizar os pedidos dos médicos militares para a acumulação de funções, garantindo, no entanto, a continuação do cumprimento da missão das FA;
- Permitir, aos médicos militares, a flexibilização do horário normal de serviço,

- garantindo, no entanto, que não é posto em causa o cumprimento da missão;
- Garantir um adequado planeamento de CMM, tendo em conta a componente militar e a técnica, indo, o mais possível, ao encontro das intenções, motivações e expectativas individuais;
  - Incentivar a formação e o treino, de forma adequada às necessidades e vontades individuais, com vista à melhoria das competências necessárias para o desempenho de funções.

Esta investigação teve como **contributos** de ordem prática **para o conhecimento** a confirmação, nesta amostra de médicos militares, de uma baixa PAO e de uma baixa, mas preocupantemente moderada em alguns grupos, IT, revelando que estes oficiais entendem as FA como marginalmente atrativas, sendo baixa a atratividade na dimensão dos *benefícios e recompensas*. Demonstrou a existência de correlações significativas entre a AO, PAO e IT. Identificou as PGP4.0 mais valorizadas por estes militares. Como contributo de ordem teórica, desenvolveu-se e validou-se uma nova escala para avaliar a AO interna, com 16 itens, ancorados em 5F.

A principal **limitação** da investigação advém da utilização de questionários de autorrelato, cujas respostas são passíveis de enviesamentos (como a desejabilidade social), mas que, ainda assim, não se afigurou condicionante da robustez das evidências encontradas, dada a sua global sintonia com o descrito na literatura.

Relativamente a **estudos futuros**, sugere-se o alargamento da análise ao ambiente externo (ameaças e oportunidades) e conjugação das diversas categorias (ramo, género, idade, posto e local de prestação de serviço), para melhor ajustamento das PGP a aplicar. Sugere-se ainda a realização de outros estudos, em ambiente castrense, integrando militares de outras especialidades, utilizando a escala da AO proposta e/ou a escala bifatorial da PAO “encontrada”, por forma a robustecê-las e validá-las.

Em termos de recomendações de ordem prática, sugere-se que as LOE apresentadas nesta investigação sejam consideradas pelos decisores responsáveis pelos processos de planeamento e de tomada de decisão nestas matérias, constituindo-se grupos de trabalho, integrando o Ministério da Defesa Nacional, EMGFA e ramos, para estudar a implementação das linhas de ação resultantes das LOE propostas neste estudo.

### Referências bibliográficas

- Afonso, H. (2010). *Relação entre percepção de apoio organizacional e empenhamento organizacional: estudo exploratório com uma amostra de candidatos ao curso de formação de oficiais e ao curso de formação de sargentos* (Tese de Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia Universidade de Lisboa [FPUL], Lisboa.
- Ambler, T., & Barrow, S. (1996). The employer brand. *Journal of Brand Management*, 4(3), pp. 185-206.
- Backhaus, K., & Tikoo, S. (2004). Conceptualizing and researching employer branding. *Carrer Development International*, 9(5), pp. 501-517.

- Berthon, P., Ewing, M., & Hah, L.L. (2005). Captivating company: dimensions of attractiveness in employer branding. *International Journal of Advertising*, 24(2), pp. 151-172.
- Bozeman, D., & Perrewé, P. (2001). The effect of item content overlap in organizational commitment questionnaire – Turnover cognitions relationships. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), pp. 161-173.
- Bonilla, J.I.C. (2019). *Desafios da Gestão de Pessoas com a inserção da Indústria 4.0*. (Tese de Mestrado em Gestão). Instituto Politécnico de Leiria [IPL], Leiria.
- Braga, C., & Fachada, C. (2018). Motivação e Turnover dos médicos militares das Forças Armadas. Em: C. Fachada (Coord.). *Saúde Comportamento Humano nas Forças Armadas Portuguesas: Desafios e Oportunidades*. Coleção “ARES”, 23. Lisboa: Instituto Universitário Militar, pp. 147-181.
- Branco, E. F. F. A. (2018). *A saída precoce dos oficiais médicos da Forças Armadas* (Trabalho de Investigação Individual do Curso de Promoção a Oficial General). Instituto Universitário Militar [IUM], Lisboa.
- Chiavenato, I. (2014). *Gestão de pessoas – O novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 4.ª edição. São Paulo: Edições Manole.
- Claus, L. (2019). HR disruption—Time already to reinvent talent management. *Business Research Quarterly*, 22(3), pp. 207-215.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Research methods in education*. 6.ª edição. Oxon: Routledge.
- Correio, L., Correio, J., & Correio, C. (2021). A quarta revolução industrial: desafios e características da gestão de pessoas 4.0. *Revista de Administração de empresas Unicuritiba*, 1(23), pp. 279-302.
- Decreto-Lei n.º 519/1977, de 17 de dezembro. (1977). Aprova o Estatuto da Carreira Médica Militar. *Diário da República*, 1.ª série, 290, 2983-2986. Lisboa: Conselho da Revolução.
- Decreto-Lei n.º 332/1986, de 2 de outubro. (1986). Revê o Estatuto da Carreira Médica Militar. *Diário da República*, 1.ª série, 227, 2844. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Decreto-Lei n.º 90/2015, de 29 de maio. (2015). Aprova o novo Estatuto dos Militares das Forças Armadas. *Diário da República*, 1.ª série, 104, 3198-3253. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Dupré, E., & Day, A. (2007). The effects of supportive management and job quality on the turnover intentions and health of military personnel. *Human Resource Management*, 46(2), pp. 185-201.
- Duarte, A., Nascimento, G., & Almeida, F. (2019). *Gestão de pessoas 4.0 – Entre a Continuidade e a reinvenção*. Em Machado C. & Davim J.P. (Eds.), *Organização e Políticas Empresariais* (pp. 15–53). Lisboa: Actual Editora.
- Eisenberger, R., Aselage, J., Sucharski, I. L., & Jones, J. R. (2004). Perceived organizational support. Em J. Coyle-Shapiro, L. Shore, & S. Taylor, & L. Tetrick (Eds.), *The employment relationship: Examining psychological and contextual perspectives* (pp. 206-225). New York: Oxford University Press.

- Eisenberger, R., Fasolo, P., & Davis-LaMastro, V. (1990). Perceived organizational support and employee diligence, commitment, and innovation. *Journal of Applied Psychology*, 75(1), pp. 51–59.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71, pp. 500-507.
- Eisenberger, R., Stinglhamber, F., Vandenberghe, C., Sucharski, I., & Rhoades, L. (2002). Perceived supervisor support: contributions to perceived organizational support and employee retention. *Journal of Applied Psychology*, 87, pp. 565-573.
- Foong-Ming, T. (2008). Linking career development practices to turnover intention : the mediator of perceived organizational support. *Journal of Business and Public Affairs*, 2(1), pp. 1-20.
- Griffeth, R. W., Hom, P. W., & Gaertner, S. (2000). A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: Update, moderator tests, and research implications for the next millennium. *Journal of Management*, 26(3), pp. 463–488.
- Harpe, S. E. (2015). How to analyze Likert and other rating scale data. *Currents in pharmacy teaching and learning*, 7(6), pp. 836-850.
- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Honório, C. (2009). *Perceção de apoio organizacional e empenhamento organizacional: Que relação? Estudo de uma amostra numa empresa do sector bancário* (Tese de Mestrado em Psicologia dos Recursos Humanos, do Trabalho e das Organizações). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa [FPCEUL], Lisboa.
- Kaur, R., & Pingle, S. (2018). Employer branding in the Indian Armed Forces Context: A Comparative Study of Potential Defence Applicants and Defence Employees. *Vision*, 22(2), pp. 199-210.
- Korn Ferry (2018). Future Of Work: The global talent crunch [em linha]. Retirado de <https://www.kornferry.com/content/dam/kornferry/docs/pdfs/KF-Future-of-Work-Talent-Crunch-Report.pdf>.
- Korn Ferry (2022). Future Of Work: The new era of humanity [em linha] Disponível em <https://www.kornferry.com/content/dam/kornferry-v2/featured-topics/pdf/FOW2022-new-era-of-humanity-ebook.pdf>.
- Littig, B. (2009). Interviewing the elite—interviewing experts: is there a difference? Em: Bogner, A., Littig, B., & Menz, W.(Ed.) *Interviewing experts* (pp. 98-113). Londres: Palgrave Macmillan.
- Loureiro, M.I.M.G.M., Fachada, C.P.A., & Loureiro, N.A.R.S. (2023). O papel do mentor na relação entre o comprometimento e a perceção de apoio organizacional dos médicos militares da Força Aérea portuguesa, e o seu efeito sobre o turnover. *Revista de Ciências Militares, maio, XI(1), 13-50*.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- McQuerrey, L. (2019). Employee Turnover Vs. Attrition [em linha] Disponível em <https://smallbusiness.chron.com/employee-turnover-vs-attrition-15846.html>.

- Magalhães, P., & Vaz-Pinto, R. (coord) (2020). *Inquérito à população portuguesa sobre Defesa e Forças Armadas*. Instituto da Defesa Nacional (IDN). Lisboa.
- Nguyen, M. H., & Nguyen, V. L. (2021). Employer branding, scale development and validation: Form the context of Vietnam. *Journal of Asian Finance Economics and Business*, 8(5), pp. 987-1000.
- North Atlantic Treaty Organization (2007). *Recruiting and Retention of Military Personal*. [Pdf] Disponível em: [https://www.nato.int/issues/women\\_nato/Recruiting%20&%20Retention%20of%20Mil%20Personnel.pdf](https://www.nato.int/issues/women_nato/Recruiting%20&%20Retention%20of%20Mil%20Personnel.pdf).
- North Atlantic Treaty Organization (2012). *Factors Affecting Attraction, Recruitment, and Retention of NATO Military Medical Professionals*. Science and Technology Organization: Technical Report TR-HFM-213.
- Park, J.H., Newman, A., Zhang, L., Wu, C., & Hooke, A. (2016). Mentoring functions and turnover intention: the mediating role of perceived organizational support, *The International Journal of Human Resource Management*, 27(11), pp. 1173-1191.
- Rego, A., Cunha, M.P., Gomes, J.F.S., Cunha, R.C., Cardoso, C.C., & Marques, C.A. (2018). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. 3ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ribeiro, A. S. (2017). *O processo estratégico na Marinha*. Cadernos Navais, julho-setembro, 46. Lisboa: Comissão Cultural da Marinha.
- Rijo, F., Marreiros, J., Mairós, J., & Paquete, O. (2018). A retenção dos militares nas Forças Armadas. *Revista de Ciências Militares*, maio, VI(1), pp. 333-356.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), pp. 698-714.
- Sammot-Bonnici, T., & Galea, D. (2015). SWOT Analysis. *Wiley Encyclopedia of Management*. Ed. Chichester: John Wiley & Sons.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. 5ª edição. Porto Alegre: Penso Editora.
- Santos, L., & Lima, J. (2019). *Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação*. (2.ª ed., revista e atualizada). Cadernos do IUM, 8. Lisboa: Instituto Universitário Militar.
- Sarmento, M. (2013). *Metodologia científica para a elaboração, escrita e apresentação de teses*. Lisboa: Universidade Lusíada.
- Tanwar, K., & Prasad, A. (2017). Employer brand scale development and validation: a second-order factor approach. *Personal Review*, 46(2), pp. 389-409.
- Tarique, I., & Schuler, R.S. (2010). Global talent management: Literature review, integrative framework, and suggestions for further research. *Journal of World Business*, 45(2), pp. 122-133.
- Tett, R.P., & Meyer, J.P. (1993). Job Satisfaction, Organizational Commitment, Turnover Intention, and Turnover: path analyses based on meta-analytic findings. *Personal Psychology*, [Em linha] Disponível em: [https://www.academia.edu/12444642/job\\_satisfaction\\_organizational\\_commitment\\_turnover\\_intention\\_and\\_turnover\\_path\\_analyses\\_based\\_on\\_meta-analytic\\_findings](https://www.academia.edu/12444642/job_satisfaction_organizational_commitment_turnover_intention_and_turnover_path_analyses_based_on_meta-analytic_findings).

- Tinoco, A. P. D. C. V. (2021). *Contributos para a valorização e reconhecimento da condição militar* (Trabalho de Investigação Individual do Curso de Promoção a Oficial General). Instituto Universitário Militar [IUM], Lisboa.
- Wehrich, H. (1982). The TOWS Matrix: A Tool for Situational Analysis. *Long Range Planning*, 15(2), pp. 54–66.
- Yarger, H.R. (2006). *Strategic theory for the 21st century: The little book on big strategy*. Estados Unidos da América: DIANE publishing.

# APÊNDICES

## Apêndice A — Questionário aplicado aos médicos militares

### Os médicos militares nas Forças Armadas portuguesas: contributos para a sua retenção

No âmbito da realização do trabalho de investigação individual do Curso de Promoção a Oficial General, sobre a “Os médicos militares nas Forças Armadas portuguesas: contributos para a sua retenção” venho pedir a sua colaboração através do preenchimento deste questionário.

Pretendo avaliar a relevância das **práticas de gestão de pessoas** para a retenção dos médicos militares das Forças Armadas tendo em conta a **atratividade organizacional**, a **perceção de apoio organizacional** e a **intenção de turnover**.

O questionário é anónimo e toda a informação

Inês Godinho de Matos

#### \*Obrigatório

#### Parte 1 – Caracterização demográfica e profissional

Q1.1 Idade?\* *Marcar apenas uma oval.*

Até 30 anos	<input type="checkbox"/>
de 31 a 40 anos	<input type="checkbox"/>
de 41 a 50 anos	<input type="checkbox"/>
mais de 51 anos	<input type="checkbox"/>

Q1.2 Género?\* *Marcar apenas uma oval.*

Feminino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

Q1.3 Ramo?\* *Marcar apenas uma oval.*

Marinha	<input type="checkbox"/>
Exército	<input type="checkbox"/>
Força Aérea	<input type="checkbox"/>

Q1.4 Posto?\* *Marcar apenas uma oval.*

CALM/MGEN, COM/BGEN, CMG/COR, CFR/TCOR, CTEN/MAJ	<input type="checkbox"/>
1TEN/CAP, 2TEN/TEN, GMAR/STEN/ALF	<input type="checkbox"/>

Q1.5 Local onde presta serviço?\* *Marcar apenas uma oval.*

Unidades fora do ramo (HFAR, UEFISM, DIRSAM, IUM, IASFA)	<input type="checkbox"/>
Unidades / Órgãos / Serviços do ramo	<input type="checkbox"/>
Hospitais civis (aplicável aos médicos internos)	<input type="checkbox"/>

#### Parte 2 – Atratividade Organizacional

Classifique em que medida concorda ou discorda com as afirmações seguintes, tendo por base uma escala de Likert de 5 pontos, em que 1 representa “discordo totalmente” e 5 representa “concordo totalmente”.\*

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	1	2	3	4	5
Q2.1 De um modo geral, o salário oferecido pela minha organização é adequado.					
Q2.2 A minha organização compensa-me pelas horas extraordinárias que faço.					
Q2.3 Eu e os meus familiares temos acesso a um bom sistema de saúde, providenciado pela minha organização.					
Q2.4 A minha organização investe fortemente no treino e desenvolvimento dos seus colaboradores.					
Q2.5 Os programas de treino na minha organização têm conteúdos ajustados às necessidades reais dos colaboradores.					
Q2.6 Tenho possibilidade de conhecer várias partes do mundo trabalhando para a minha organização.					
Q2.7 A minha organização comunica atempadamente e de modo claro, aos seus colaboradores, o percurso de carreira previsto.					
Q2.8 A minha organização permite-me o acesso a oportunidades de desenvolvimento de carreira diversificadas.					
Q2.9 As oportunidades de promoção são justas na minha organização.					
Q2.10 A minha organização está orientada para o desenvolvimento de competências dos seus colaboradores para além do seu desenvolvimento na carreira.					
Q2.11 A minha organização dá-me autonomia para decidir.					
Q2.12 Na minha organização há oportunidades de convívio entre camaradas.					
Q2.13 Tenho camaradas prontos para assumir as minhas responsabilidades em caso da minha ausência.					
Q2.14 A minha organização reconhece o meu bom trabalho.					
Q2.15 Na minha organização existe um ambiente de trabalho relativamente livre de stress.					
Q2.16 Na minha organização tenho oportunidades de promoção.					
Q2.17 A minha organização tem uma atitude justa para com os seus colaboradores.					
Q2.18 É esperado que os colaboradores da minha organização sigam as regras e os regulamentos da mesma.					
Q2.19 A minha organização tem preocupações humanitárias, contribuindo para a sociedade.					
Q2.20 Na minha organização existe um procedimento confidencial para reportar casos de má conduta no trabalho.					
Q2.21 A minha organização rege-se por elevados padrões éticos e morais.					
Q2.22 A minha organização tem preocupações ambientais.					
Q2.23 Posso ter um horário flexível na minha organização.					
Q2.24 Tenho oportunidade de trabalhar em grupo, na minha organização.					
Q2.25 Trabalhar nesta organização é uma boa referência em termos de carreira futura.					
Q2.26 Consigo fazer tudo o que é esperado de mim tanto no meu trabalho como na minha vida pessoal.					
Q2.27 Estou feliz com o equilíbrio entre a minha vida pessoal e o meu trabalho.					
Q2.28 Estou feliz com o modo como divido a minha atenção entre o trabalho e a minha vida pessoal.					
Q2.29 Na minha organização existe uma coordenação harmoniosa entre os diferentes elementos.					
Q2.30 O tempo dedicado à família não interfere na atividade profissional que é importante para a minha carreira.					
Q2.31 A tensão e ansiedade gerada pela minha vida pessoal não diminui a minha capacidade laboral.					
Q2.32 A minha organização oferece a possibilidade de trabalhar numa estrutura bem definida.					
Q2.33 Com base no feedback dos meus camaradas, amigos e família, consigo cumprir com as minhas responsabilidades profissionais e pessoais/familiares.					

### Parte 3 -Percepção de Apoio Organizacional

Classifique em que medida concorda ou discorda com as afirmações seguintes, tendo por base uma escala de Likert de 7 pontos, em que 1 representa “discordo totalmente” e 7 representa “concordo totalmente”. \*

*Marcar apenas uma oval*

	1	2	3	4	5	6	7
3.1 A organização valoriza a minha contribuição para o seu bem-estar.							
3.2 A organização não reconhece qualquer esforço extra da minha parte.							
3.3 A organização tem em grande consideração os meus objetivos e valores.							
3.4 A organização compreenderia uma ausência prolongada da minha parte por motivo de doença.							
3.5 A organização ignoraria qualquer reclamação feita por mim.							
3.6 A organização não tem em consideração os meus interesses quando toma decisões que me afetam.							
3.7 A organização está disponível para me apoiar quando tenho um problema.							
3.8 A organização preocupa-se de facto com o meu bem-estar.							
3.9 A organização está disposta a esforçar-se para me apoiar no desempenho da minha função, por forma a atingir o melhor das minhas capacidades.							
3.10 A organização perdoaria um equívoco da minha parte.							
3.11 A organização concede-me poucas oportunidades de progressão na carreira.							
3.12 Mesmo que eu fizesse o melhor trabalho possível, a organização não se aperceberia.							
3.13 A organização daria resposta a um pedido razoável para uma mudança nas minhas condições de trabalho.							
3.14 A organização está disposta a ajudar-me quando eu preciso de um favor especial.							
3.15 A organização preocupa-se com a minha satisfação no trabalho.							
3.16 Se a organização tivesse oportunidade, aproveitar-se-ia de mim.							
3.17 A organização demonstra muito pouca preocupação por mim.							
3.18 A organização preocupa-se com as minhas opiniões.							
3.19 A organização tem orgulho no meu trabalho.							
3.20 A organização preocupa-se mais em atingir os seus objetivos/indicadores do que comigo.							
3.21 A organização não está preocupada em recompensar-me como eu mereço.							
3.22 A organização pretende atribuir-me a melhor função para a qual eu esteja qualificado(a).							
3.23 A organização tenta tornar a minha função o mais interessante possível.							
3.24 Os meus superiores estão orgulhosos que eu faça parte desta organização.							

### Parte 4 -Intenção de turnover

Classifique em que medida concorda ou discorda com as afirmações seguintes, tendo por base uma escala de Likert de 7 pontos, em que 1 representa “discordo totalmente” e 7 representa “concordo totalmente”. \*

*Marcar apenas uma oval*

	1	2	3	4	5	6	7
4.1 É provável que venha a procurar outro emprego num futuro próximo.							
4.2 Atualmente estou à procura de outro emprego noutra organização.							
4.3 Não tenciono deixar o meu emprego.							
4.4 Não é provável que no próximo ano venha a procurar outro emprego noutra organização.							
4.5 Não estou atualmente a pensar deixar o meu emprego.							

### Parte 5 – Práticas de gestão de pessoas

Avalie as seguintes práticas de gestão de pessoas e escolha unicamente as 6 mais relevantes para si.

5.1 Atribuição de suplementos remuneratórios (Ex: Suplemento específico permanente para a classe/especialidade dos médicos; Suplemento de pagamento de horas “incômodas” no serviço de urgência; Suplemento de desempenho de funções médicas específicas: medicina hiperbárica e subaquática, medicina de campanha, evacuações aeromédicas e medicina aeronáutica; Suplemento de participação em missões operacionais no estrangeiro, específico para os médicos).	
5.2 Atribuição de pagamentos especiais (Ex: Quotas da Ordem dos Médicos; Quotas dos Colégios da Especialidade; Certificação de Especialidades, Subespecialidades e de Competências Técnicas pela Ordem dos Médicos, com relevância para as FA; Prémio pela aquisição do grau de Consultor da Carreira Médica Civil; Aquisição de grau de Mestre ou Doutor em áreas com relevância para as FA).	
5.3 Cedência de autorização formal para acumulação de funções em hospitais públicos/privados/universidades, desde que sem prejuízo para o serviço/cumprimento da missão das FA.	
5.4 Possibilidade de realizar um horário flexível, em articulação com a chefia e sem prejuízo para o serviço/cumprimento da missão das FA.	
5.5 Possibilidade de optar por um horário parcial, com o devido ajuste remuneratório.	
5.6 Possibilidade de optar por realizar parte do horário em regime de teletrabalho.	
5.7 Valorização de todas as competências adquiridas para a determinação de mérito relativo no âmbito da apreciação para a promoção (da área médica, da área operacional e a da área de gestão).	
5.8 Possibilidade de optar pelo regime de progressão horizontal de carreira.	
5.9 Planeamento da carreira de forma participada e atempada.	
5.10 Possibilidade de aceder a um programa de desenvolvimento de carreira em função da idade/posto, “mais ativo” nos primeiros anos e “mais sedentário” nos últimos.	
5.11 Incentivo e apoio à formação e/ou treino contínuos, com alocação de tempo e verbas para programas/cursos/congressos nacionais e no estrangeiro.	
5.12 Estabelecimento de um programa de mentoria como facilitador da comunicação vertical, da integração, da aculturação e do desenvolvimento pessoal e de carreira.	
5.13 Criação, no local de trabalho, de Jardins de infância e/ou de programas com atividades de apoio aos tempos livres das férias escolares, para filhos.	
5.14 Aposta na melhoria da qualidade e inovação no local de trabalho tornando-o mais desafiante e tecnicamente enriquecedor.	
5.15 Possibilidade dos oficiais médicos na reforma se manterem em funções, mantendo o acesso aos suplementos remuneratórios e incentivos especiais estabelecidos.	
5.16 Estabelecimento de mecanismos formais, regulares, para avaliação das motivações, necessidades e/ou prioridades individuais, em termos de desenvolvimento pessoal e de carreira.	
5.17 Possibilidade de integrar, no horário de trabalho, e em articulação com a chefia, atividades de cariz humanitário – relevantes para o fortalecimento da imagem de responsabilidade social as FA, em regime pro bono e extra Missão.	
5.18 Possibilidade de integrar, no horário de trabalho, e em articulação com a chefia, atividades de cariz ambiental – relevantes para o fortalecimento da imagem de responsabilidade ambiental das FA, em regime pro bono e extra Missão.	

## Apêndice B — Construção da Escala da Atratividade Organizacional

Considerado o universo em estudo, a escala da AO utilizada nesta investigação foi contruída tendo por base a escala penta dimensional da AO de Tanwar & Prasad (2017), à qual foram acrescentados alguns itens da escala da AO de Nguyen & Nguyen (2021), relacionados principalmente com as dimensões Equilíbrio trabalho/vida pessoal e Ética e responsabilidade social corporativa, mais valorizadas nas PGP4.0.

	Tanwar & Prasad (2017)	Nguyen & Nguyen (2021)	Itens para a escala proposta				
Vertente Psicológica	Dimensão – Ambiente de trabalho saudável	Dimensão -Trabalho em equipe	Dimensão – Ambiente de trabalho saudável				
				A minha organização dá-me autonomia para decidir.	Tenho oportunidade de trabalhar em grupo, na minha organização.	Na minha organização há oportunidades de convívio entre os camaradas.	
				Na minha organização há oportunidades de convívio entre os colegas.	Posso trabalhar em conjunto com diferentes pessoas, na minha organização.	Tenho camaradas prontos a assumir as minhas responsabilidades no caso da minha ausência.	
				Tenho colegas prontos a assumir as minhas responsabilidades no caso da minha ausência.	Na minha organização há oportunidades de convívio entre os colegas.	Tenho oportunidade de trabalhar em grupo, na minha organização.	
				A minha organização reconhece o meu bom trabalho.	O trabalho em equipe é encorajado na minha organização.	Na minha organização existe uma coordenação harmoniosa entre os diferentes elementos.	
				Na minha organização existe um ambiente de trabalho relativamente livre de stress.	Na minha organização existe uma coordenação harmoniosa entre os diferentes elementos.	Na minha organização existe um ambiente de trabalho relativamente livre de stress.	
	Dimensão – Equilíbrio trabalho/vida pessoal	Dimensão-Suporte interpessoal	Dimensão – Ambiente de trabalho saudável	Dimensão – Ambiente de trabalho saudável			
					Tenho oportunidade de trabalhar em grupo, na minha organização.	Na minha organização os membros das equipas partilham as dificuldades.	A minha organização dá-me autonomia para decidir.
					Posso ter um horário flexível na minha organização.	Todos os elementos da minha organização apoiam o trabalho dos outros.	A minha organização reconhece o meu bom trabalho.
					Na minha organização posso trabalhar a partir de casa (teletrabalho).	As equipas na minha organização são unidas.	
						Estou satisfeita/o com o ajuste entre a minha vida profissional e pessoal.	Posso ter um horário flexível na minha organização.
					Tenho infraestruturas para praticar desporto na minha organização.	Estou feliz com o equilíbrio entre a minha vida pessoal e o meu trabalho.	Estou feliz com o equilíbrio entre a minha vida pessoal e o meu trabalho.
Dimensão – Equilíbrio trabalho/vida pessoal	Dimensão – Satisfação com o equilíbrio trabalho/vida pessoal	Dimensão – Equilíbrio trabalho/vida pessoal	Dimensão – Equilíbrio trabalho/vida pessoal				
				Estou satisfeita/o com o tempo que dedico tanto ao meu trabalho como à minha vida pessoal.	Consigo fazer tudo o que é esperado de mim tanto no meu trabalho como na minha vida pessoal.		
				Consigo fazer tudo o que é esperado de mim tanto no meu trabalho como na minha vida pessoal.	Estou feliz no modo como divido a minha atenção entre o trabalho e a minha vida pessoal.		
				Estou feliz no modo como divido a minha atenção entre o trabalho e a minha vida pessoal.	Com base no feedback dos meus camaradas, amigos e família, consigo de forma eficaz cumprir com as minhas responsabilidades profissionais e pessoais/familiares.		

[Cont.]

		<p>Estou feliz com o modo como priorizo o meu trabalho e a minha vida pessoal.</p> <p>Consigo gerir as exigências do meu trabalho e da minha vida pessoal.</p> <p>Consigo equilibrar as exigências do meu trabalho e da minha vida pessoal.</p>	<p>O tempo dedicado à família não interfere na atividade profissional que é importante para a minha carreira.</p>
		<p><b>Dimensão – Interferência das rotinas amiliares/trabalho</b></p> <p>Os comportamentos que tenho em casa parecem ser eficazes no trabalho.</p> <p>O comportamento eficaz e necessário em casa será também eficaz no trabalho.</p> <p>A forma como soluciono os problemas em casa parece-me ser também útil no trabalho.</p> <p>Os comportamentos que me tornam eficaz no trabalho fazem de mim uma/um melhor mãe/pai e companheira/o.</p> <p>O comportamento eficaz e necessário no trabalho será também eficaz em casa.</p> <p>Comportamentos eficazes na resolução de problemas no trabalho são também eficazes na resolução de problemas em casa.</p> <p>Com base no <i>feedback</i> dos meus colegas, amigos e família, consigo de forma eficaz cumprir com as minhas responsabilidades profissionais e pessoais/familiares.</p>	<p>A tensão e a ansiedade gerada pela minha vida pessoal não diminui a minha capacidade laboral.</p>
		<p><b>Dimensão – Interferência do tempo de trabalho na vida familiar</b></p> <p>O (pouco) tempo livre que tenho não me permite participar de forma igualitária nas tarefas domésticas/atividades familiares.</p> <p>Não tenho de faltar a atividades em família devido ao trabalho mais do que gostaria.</p> <p>Não tenho de faltar a atividades em família devido ao tempo que devo dedicar às responsabilidades do trabalho.</p> <p>O tempo dedicado a responsabilidades familiares frequentemente não interfere com as minhas responsabilidades laborais.</p> <p>O tempo dedicado à família não interfere na atividade profissional que é importante para a minha carreira.</p>	

[Cont.]

Vertente Funcional		Dimensão – Interferência do stress familiar no trabalho	O stress causado pelas responsabilidades pessoais dificultam a capacidade de concentração no trabalho.			
			A tensão e a ansiedade gerada pela minha vida pessoal não diminui a minha capacidade laboral.			
			Apesar do stress em casa não estou frequentemente preocupado com os problemas familiares no trabalho.			
	Dimensão – Treino/desenvolvimento	A minha organização providencia-me formações online.	Dimensão – Educação/Formação	A minha organização proporciona-me programas de treino	Dimensão – Formação/desenvolvimento	
		A minha organização organiza regularmente diferentes tipos de conferências, workshops e programas de treino.		A minha organização investe fortemente no treino e desenvolvimento dos seus colaboradores.		Os programas de treino na minha organização têm conteúdos ajustados às necessidades reais dos colaboradores.
		A minha organização permite-me trabalhar em projetos no estrangeiro.		A minha organização organiza regularmente diferentes tipos de conferências, workshops e programas de treino.		A minha organização está orientada para o desenvolvimento de competências dos seus colaboradores para além do seu desenvolvimento na carreira.
		A minha organização investe fortemente no treino e desenvolvimento dos seus colaboradores.		A minha organização tem programas de treino anuais para os colaboradores.		A minha organização permite-me o acesso a oportunidades de desenvolvimento de carreira diversificadas.
		O desenvolvimento de competências faz parte de um processo contínuo na minha organização.		Os programas de treino na minha organização têm conteúdos ajustados às necessidades reais dos colaboradores.		Tenho a possibilidade de conhecer várias partes do mundo trabalhando para a minha organização.
				A minha organização organiza programas de treino de elevada qualidade para os seus colaboradores.		A minha organização comunica, atempada e de modo claro, aos seus colaboradores, o percurso de carreira previsto.
		A minha organização comunica atempada e de modo claro o percurso de carreira previsto, aos seus colaboradores.		A minha organização proporciona o acesso a diversos tipos de programas de formação (interna, externa, on the job, etc) aos seus colaboradores.		Na minha organização tenho oportunidades de promoção.
	Dimensão – Promoção	A minha organização comunica, atempada e de modo claro, aos seus colaboradores, o percurso de carreira previsto.	As oportunidades de promoção são justas na minha organização.			
		Na minha organização tenho oportunidades de promoção.				
		A minha organização permite-me o acesso a oportunidades de desenvolvimento de carreira diversificadas.	Trabalhar nesta organização é uma boa referência em termos de carreira futura.			

[Cont.]

Dimensão – Ética/Responsabilidade social corporativa		Dimensão – Responsabilidade social corporativa	Na minha organização tenho a possibilidade de construir uma carreira.	Dimensão – Ética/Responsabilidade social corporativa		
			Trabalhar nesta organização é uma boa referência em termos de carreira futura.			
			As oportunidades de promoção são justas na minha organização.			
			Existem abundantes oportunidades de promoção na minha organização.			
			A minha organização está orientada para o desenvolvimento de competências dos seus colaboradores para além do seu desenvolvimento na carreira.			
			A minha organização permite-me trabalhar em projetos no estrangeiro.			
			A minha organização oferece frequentemente a possibilidade de viajar em trabalho.			
			Tenho a possibilidade de conhecer várias partes do mundo trabalhando para a minha organização.			
	A minha organização tem uma atitude justa para com os seus colaboradores.	Dimensão – Responsabilidade social corporativa	Eu e os meus familiares temos acesso a um bom seguro providenciado pela minha organização.	Dimensão – Ética/Responsabilidade social corporativa	A minha organização tem uma atitude justa para com os seus colaboradores.	
			A minha organização tem preocupações humanitárias contribuindo para a sociedade.		É esperado que os colaboradores da minha organização sigam as regras e regulamentos da mesma.	
	É esperado que os colaboradores da minha organização sigam as regras e regulamentos da mesma.		A minha organização rege-se por elevados padrões éticos e morais.		A minha organização tem preocupações humanitárias contribuindo para a Sociedade.	
	A minha organização tem preocupações humanitárias contribuindo para a Sociedade.		A minha organização oferece a possibilidade de trabalhar numa estrutura bem definida.		Na minha organização existe um procedimento confidencial para reportar casos de má conduta no trabalho.	
	Na minha organização existe um procedimento confidencial para reportar casos de má conduta no trabalho.		A minha organização obedece sempre à lei.		A minha organização rege-se por elevados padrões éticos e morais.	
			A minha organização tem preocupações ambientais.		A minha organização oferece a possibilidade de trabalhar numa estrutura bem definida.	
			A minha organização exige que os seus colaboradores se comportem, no trabalho e na sua vida pessoal, de acordo com os princípios organizacionais.			
			A minha organização preocupa-se com o benefício dos seus clientes.		A minha organização tem preocupações ambientais.	

[Cont.]

			A minha organização preocupa-se sempre com os aspetos materiais da vida dos seus colaboradores.		
Vertente Económica	Dimensão – Benefícios/Recompensas	De um modo geral, o salário oferecido pela minha organização é elevado.		Dimensão – Benefícios/Recompensas	De um modo geral, o salário oferecido pela minha organização é adequado.
		A minha organização compensa-me pelas horas extraordinárias que faço.			A minha organização compensa-me pelas horas extraordinárias que faço.
		A minha organização proporciona o acesso a um bom seguro de saúde.			
		Eu e os meus familiares temos acesso a um bom seguro providenciado pela minha organização.			Eu e os meus familiares temos acesso a um bom sistema de saúde, providenciado pela minha organização.

Legenda: Sublinhado a verde os itens considerados mais relevantes da escala Tanwar & Prasad (2017), a turquesa os itens considerados mais relevantes da escala Nguyen & Nguyen (2021) e a amarelo os itens considerados mais relevantes em comum às 2 escalas.

Fonte: Construído a partir de Nguyen & Númen (2021) e Tanwar & Prasad (2017).

## Apêndice C — Construção da lista das Práticas de Gestão de Pessoas 4.0

Práticas de Gestão de Pessoas	
1	Atribuição de suplementos remuneratórios (Ex: Suplemento específico permanente para a classe/especialidade dos médicos; Suplemento de pagamento de horas “incômodas” no serviço de urgência; Suplemento de desempenho de funções médicas específicas: medicina hiperbárica e subaquática, medicina de campanha, evacuações aeromédicas e medicina aeronáutica; Suplemento de participação em missões operacionais no estrangeiro, específico para os médicos).
2	Atribuição de pagamentos especiais (Ex: Quotas da Ordem dos Médicos; Quotas dos Colégios da Especialidade; Certificação de Especialidades, Subespecialidades e de Competências Técnicas pela Ordem dos Médicos, com relevância para as FA; Prémio pela aquisição do grau de Consultor da Carreira Médica Civil; Aquisição de grau de Mestre ou Doutor em áreas com relevância para as FA).
3	Cedência de autorização formal para acumulação de funções em hospitais públicos/privados/universidades, desde que sem prejuízo para o serviço/cumprimento da missão das FA.
4	Possibilidade de realizar um horário flexível, em articulação com a chefia e sem prejuízo para o serviço/cumprimento da missão das FA.
5	Possibilidade de optar por um horário parcial, com o devido ajuste remuneratório.
6	Possibilidade de optar por realizar parte do horário em regime de teletrabalho.
7	Valorização de todas as competências adquiridas para a determinação de mérito relativo no âmbito da apreciação para a promoção (da área médica, da área operacional e a da área de gestão).
8	Possibilidade de optar pelo regime de progressão horizontal de carreira.
9	Planeamento da carreira de forma participada e atempada.
10	Possibilidade de aceder a um programa de desenvolvimento de carreira em função da idade/posto, “mais ativo” nos primeiros anos e “mais sedentário” nos últimos.
11	Incentivo e apoio à formação e/ou treino contínuos, com alocação de tempo e verbas para programas/cursos/congressos nacionais e no estrangeiro.
12	Estabelecimento de um programa de mentoria como facilitador da comunicação vertical, da integração, da aculturação e do desenvolvimento pessoal e de carreira.
13	Criação, no local de trabalho, de Jardins de infância e/ou de programas com atividades de apoio aos tempos livres das férias escolares, para filhos.
14	Aposta na melhoria da qualidade e inovação no local de trabalho tornando-o mais desafiante e tecnicamente enriquecedor.
15	Possibilidade dos oficiais médicos na reforma se manterem em funções, mantendo o acesso aos suplementos remuneratórios e incentivos especiais estabelecidos.
16	Estabelecimento de mecanismos formais, regulares, para avaliação das motivações, necessidades e/ou prioridades individuais, em termos de desenvolvimento pessoal e de carreira.
17	Possibilidade de integrar, no horário de trabalho, e em articulação com a chefia, atividades de cariz humanitário – relevantes para o fortalecimento da imagem de responsabilidade social as FA, em regime <i>pro bono</i> e extra Missão.
18	Possibilidade de integrar, no horário de trabalho, e em articulação com a chefia, atividades de cariz ambiental – relevantes para o fortalecimento da imagem de responsabilidade ambiental das FA, em regime <i>pro bono</i> e extra Missão.

Fonte: Construído a partir de Branco (2018), de Correio et al. (2021), de NATO (2012) e de Pfeffer (1994, 1997, cit. Por Rego et al., 2018, p.117-118).

## Apêndice D — Análise fatorial e análise de fiabilidade das escalas

### Análise fatorial exploratória (AFE)

As AFE foram realizadas pelo método de componentes principais com rotação *varimax* e eliminados os fatores com *loading factors* <0,5. Utilizou-se a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)<sup>18</sup> para avaliar a adequabilidade da amostra para AFE e o Teste de Esfericidade de Bartlett (TEB) para testar se as variáveis são correlacionadas na população.

AO. Obtiveram-se 16 itens distribuídos por cinco fatores (5F)<sup>19</sup> (AO1\_Ambiente\_de\_trabalho\_saudável\_e\_ética; AO2\_Equilíbrio\_trabalho/vida\_pessoal; AO3\_Benefícios\_e\_recompensas; AO4\_Formação\_e\_desenvolvimento e AO5\_Promoção) que explicaram 72,01% da variância total, um bom KMO (0,83) e um TEB significativo ( $X^2=1201,99$ ,  $p<0,0001$ ) (Quadro D1).

Quadro D1 – AFE da AO

Teste de KMO e Bartlett					
Medida <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> de adequação de amostragem.					<b>0,827</b>
Aprox. Qui-quadrado					<b>1201,995</b>
Teste de esfericidade de <i>Bartlett</i>					120
gl					120
Sig.					<b>&lt;0,001</b>
Matriz de padrão <sup>a</sup>					
Item	Fator				
	1	2	3	4	5
2.24	,662	-,083	,119	,074	-,059
2.19	,651	-,053	-,151	-,159	-,041
2.12	,595	-,084	,025	,074	-,214
2.6	,587	,141	,121	-,174	-,014
2.18	,541	,001	-,011	-,060	,078
2.28	-,114	-,932	,049	-,051	-,051
2.27	-,078	-,867	,118	-,069	-,056
2.26	-,003	-,786	,078	,019	,049
2.33	,246	-,589	-,135	-,003	-,006
2.2	,060	-,082	,729	,046	,047
2.1	-,007	,005	,625	-,105	-,107
2.4	-,029	-,010	-,012	-,931	-,016
2.5	,111	-,057	,036	-,769	,054
2.10	,119	-,051	,068	-,546	-,173

<sup>18</sup> Segundo Marôco (2010, p.368), KMO é: excelente se ]0,9; 1,0]; bom se ]0,8; 0,9]; médio se ]0,7; 0,8]; medíocre se ]0,6; 0,7]; mau, mas aceitável se ]0,5; 0,6]; e inaceitável se ≤0,5.

<sup>19</sup> Sintónica com a solução fatorial de Tanwar & Prasad (2017).

[Cont.]

2.16	,096	,000	,010	,107	-,926
2.9	-,054	-,042	,051	-,206	-,613

Método de Extração: factoração de Eixo Principal. Método de Rotação: oblimin com Normalização de Kaiser

a. Rotação convergida em 10 iterações

Variância total explicada							
Fator	Autovalores iniciais			Sommas de extração de carregamentos ao quadrado			Sommas de rotação de carregamentos ao quadrado <sup>a</sup>
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total
1	5,502	34,386	34,386	5,139	32,121	32,121	3,294
2	2,270	14,185	48,570	1,963	12,269	44,390	3,499
3	1,523	9,516	58,086	1,063	6,643	51,033	1,985
4	1,233	7,703	65,790	,967	6,043	57,076	3,114
5	,995	6,217	<b>72,007</b>	,569	3,553	60,630	2,654

Método de Extração: factoração pelo Eixo Principal.

a. Quando os fatores são correlacionados, as sommas de carregamentos ao quadrado não podem ser adicionadas para se obter uma variância total

PAO. Obtiveram-se 13 itens, distribuídos por 2F (PAO1\_Apoio\_pessoal e PAO2\_Apoio\_profissional) que explicaram 59,56% da variância total, um excelente KMO (0,91) e um TEB significativo ( $X^2=1022,39$ ,  $p<0,0001$ ) (Quadro D2). Foi utilizada, a título exploratório, a solução bifatorial encontrada, diferente da unifatorial da escala original de Eisenberger et al. (1986), de Honório (2009), Afonso (2010) e de Loureiro et al. (2023), porque se identificaram, nos fatores emergentes, itens mais relacionados com a perceção de apoio do foro pessoal num e do foro profissional no outro.

**Quadro D2 – AFE da PAO**

Teste de KMO e Bartlett		
Medida <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> de adequação de amostragem.		<b>0,908</b>
Teste de esfericidade de <i>Bartlett</i>	Aprox. Qui-quadrado	<b>1022,387</b>
	gl	78
	Sig.	<b>&lt;0,001</b>
Matriz de padrão <sup>a</sup>		
Item	Fator	
	1	2
3.7	0,873	0,040
3.10	0,726	0,085
3.24	0,688	0,069
3.14	0,679	-0,125
3.19	0,663	-0,064
3.4	0,607	-0,006
3.8	0,604	-0,322

[Cont.]

3.13	0,574	-0,224
3.6	0,107	0,748
3.17	-0,218	0,676
3.20	0,042	0,626
3.21	-0,113	0,608
3.16	-0,182	0,606

Método de Extração: factoração de Eixo Principal.  
a. Rotação convergida em 5 iterações.

Variância total explicada						
Fator	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	6,247	48,055	48,055	5,798	44,602	44,602
2	1,495	11,504	<b>59,559</b>	0,985	7,580	52,182

II. Foi obtido 1F<sup>20</sup> com cinco itens, que explicou 73,18% da variância total, um bom KMO (0,86) e um TEB significativo (X<sup>2</sup> = 509,811, p<0,0001) (Quadro D3).

#### Quadro D3 – AFE da IT

Teste de KMO e Bartlett		
Medida <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> de adequação de amostragem.		<b>0,858</b>
Teste de esfericidade de <i>Bartlett</i>	Aprox. Qui-quadrado	<b>509,811</b>
	gl	10
	Sig.	<b>0,000</b>
Matriz dos fatores <sup>a</sup>		
Item	Fator	
	1	
4.5	0,927	
4.1	-0,836	
4.3	0,816	
4.4	0,776	
4.2	-0,719	

Método de Extração: factoração de Eixo Principal.  
a. 1 fatores extraídos. 6 iterações necessárias.

Variância total explicada						
Fator	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	3,659	73,180	<b>73,180</b>	3,343	66,857	66,857

<sup>20</sup> Uma solução fatorial alinhada com as obtidas por Bozeman e Perrewé (2001) e por Braga e Fachada (2018).

Fiabilidade

Para avaliar a fiabilidade (consistência interna) das escalas de AO, PAO, e IT, foi efetuado o cálculo do coeficiente *alpha* de Cronbach ( $\alpha$ ), tendo em conta a categorização de Hill e Hill (2002)<sup>21</sup>.

AO. Na escala foi obtido um  $\alpha=0,87$  e nas cinco subescalas,  $\alpha$  entre 0,66 e 0,88, considerados, respetivamente, bom e entre fraco e bom (Quadros D4 e D5), e globalmente conformes com os de Tanwar e Prasad (2017), entre 0,72 e 0,90 nas cinco dimensões por eles refletidas, e os de Nguyen e Nguyen (2021) com valores entre 0,79 e 0,92 nas dez dimensões ponderadas.

PAO. Na escala obteve-se um  $\alpha=0,91$  e nas suas subescalas  $\alpha$  de 0,89 e 0,82 (Quadros D4 e D6), considerados respetivamente, excelente e bom, e consistentes com o(s) de Eisenberger et al. (1986) ( $\alpha=0,97$ ), de Honório (2009) ( $\alpha=0,96$ ), de Afonso (2010) ( $\alpha=0,94$ ) e de Loureiro et al. (2023) ( $\alpha=0,95$ ).

IT. Foi obtido um  $\alpha=0,82$  (Quadros D4 e D7) considerado bom e alinhado com os de Bozeman e Perrewé (2001) e de Braga e Fachada (2018), respetivamente 0,90 e 0,85.

**Quadro D4 – Consistência interna das escalas AO, PAO e IT**

Escala		N.º de itens	Alfa de Cronbach
<b>AO</b>		16	0,87
	AO1 - Ambiente de trabalho saudável e ética	5	0,79
	AO2 - Equilíbrio trabalho/vida pessoal	4	0,88
	AO3 - Benefícios e recompensas	2	0,66
	AO4 - Formação e desenvolvimento	3	0,85
	AO5 - Promoção	2	0,78
<b>PAO</b>		13	0,91
	PAO1 - Apoio pessoal	8	0,89
	PAO2 - Apoio profissional	5	0,82
<b>IT</b>		5	0,82

**Quadro D5 – Análise da consistência interna da AO**

Estatísticas de fiabilidade AO					
Alfa de Cronbach	N de itens				
0,870	16				
Estatísticas de item-total					
Item	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
2.6	38,64	73,368	,478	,423	,865
2.12	38,04	74,299	,562	,457	,860
2.18	37,44	77,725	,356	,291	,869
2.19	37,90	74,716	,534	,493	,861

<sup>21</sup> Conforme Hill e Hill (2002, p.149), coeficiente  $\alpha$  é: inaceitável, se  $<0,6$ ; fraco, se  $[0,6; 0,7]$ ; razoável, se  $[0,7; 0,8]$ ; bom, se  $[0,8; 0,9]$ ; e excelente, se  $\geq 0,9$ .

[Cont.]

2.24	38,09	73,011	,555	,449	,860
2.26	39,24	75,661	,474	,608	,864
2.27	39,32	73,188	,604	,839	,858
2.28	39,32	73,565	,562	,846	,860
2.33	38,49	75,441	,487	,416	,863
2.1	39,93	78,014	,396	,381	,867
2.2	40,17	79,814	,362	,352	,868
2.4	39,40	75,300	,541	,658	,861
2.5	39,34	73,992	,559	,638	,860
2.10	39,44	73,973	,595	,505	,859
2.9	39,14	74,406	,500	,488	,863
2.16	38,60	74,319	,515	,521	,862
<b>Estatísticas de fiabilidade AO1</b>					
<i>Alfa de Cronbach</i>		N de itens			
0,786		5			
<b>Estatísticas de item-total</b>					
<b>Item</b>	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
2.6	14,53	9,153	,566	,353	,748
2.12	13,92	10,229	,569	,364	,744
2.18	13,32	10,848	,466	,255	,775
2.19	13,79	9,830	,644	,433	,721
2.24	13,97	9,529	,584	,376	,738
<b>Estatísticas de fiabilidade AO2</b>					
<i>Alfa de Cronbach</i>		N de itens			
0,884		4			
<b>Estatísticas de item-total</b>					
<b>Item</b>	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
2.26	7,37	7,058	,749	,572	,851
2.27	7,45	6,550	,836	,822	,817
2.28	7,45	6,353	,853	,836	,809
2.33	6,62	7,833	,568	,326	,916
<b>Estatísticas de fiabilidade AO3</b>					
<i>Alfa de Cronbach</i>		N de itens			
0,656		2			

[Cont.]

Estatísticas de item-total					
Item	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
2.1	1,33	,458	,500	,250	.
2.2	1,57	,717	,500	,250	.
Estatísticas de fiabilidade AO4					
Alfa de Cronbach		N de itens			
0,852		3			
Estatísticas de item-total					
Item	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
2.4	4,22	3,062	,775	,623	,747
2.5	4,17	2,808	,753	,607	,763
2.10	4,26	3,226	,646	,419	,863
Estatísticas de fiabilidade AO5					
Alfa de Cronbach		N de itens			
0,775		2			
Estatísticas de item-total					
Item	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
2.9	2,90	1,087	,632	,400	.
2.16	2,36	1,122	,632	,400	.

**Quadro D6 – Análise da consistência interna da PAO**

Estatísticas de fiabilidade				
Alfa de Cronbach	N de itens			
0,905	13			
Estatísticas de item-total				
Item	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
3.4	36,2273	165,392	0,540	0,902
3.7	36,9740	162,313	0,728	0,893
3.8	37,8312	163,618	0,791	0,891
3.10	36,9545	168,697	0,568	0,900
3.13	37,4091	165,119	0,686	0,895
3.14	37,3312	164,079	0,702	0,894
3.19	37,0130	164,928	0,642	0,897
3.24	36,4740	168,225	0,549	0,901
3.6R	37,6494	168,059	0,478	0,905

[Cont.]

3.16R	37,7727	162,857	0,642	0,897
3.17R	37,4545	158,903	0,721	0,893
3.20R	38,5390	177,414	0,451	0,904
3.21R	38,0584	167,729	0,581	0,900
<b>Estatísticas de fiabilidade</b>				
<i>Alfa de Cronbach</i>		N de itens		
0,891		8		
<b>Estatísticas de item-total</b>				
<b>Item</b>	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	<i>Alfa de Cronbach</i> se o item for excluído
3.4	23,33	66,929	0,567	0,890
3.7	24,08	64,582	0,793	0,865
3.8	24,94	67,852	0,745	0,872
3.10	24,06	68,604	0,627	0,882
3.13	24,51	68,317	0,661	0,878
3.14	24,44	66,679	0,722	0,873
3.19	24,12	67,137	0,660	0,879
3.24	23,58	68,298	0,604	0,884
<b>Estatísticas de fiabilidade</b>				
<i>Alfa de Cronbach</i>		N de itens		
0,822		5		
<b>Estatísticas de item-total</b>				
<b>Item</b>	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	<i>Alfa de Cronbach</i> se o item for excluído
3.6R	10,0714	23,727	0,601	0,794
3.16R	10,1948	23,792	0,650	0,777
3.17R	9,8766	22,579	0,715	0,756
3.20R	10,9610	29,031	0,527	0,814
3.21R	10,4805	25,428	0,612	0,789

**Quadro D7 – Análise da consistência interna da IT**

<b>Estatísticas de fiabilidade</b>				
<i>Alfa de Cronbach</i>		N de itens		
0,817		5		
<b>Estatísticas de item-total</b>				
<b>Item</b>	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	<i>Alfa de Cronbach</i> se o item for excluído
4.3	16,2892	22,989	0,540	0,802
4.4	15,5422	20,007	0,698	0,753
4.5	15,5422	19,349	0,750	0,735
4.1R	18,2651	24,709	0,567	0,796
4.2R	16,8193	24,004	0,505	0,810

## Apêndice E — Resultados estatísticos dos inquéritos

Quadro E1 – Comparações das médias da AO

Comparações por Método <i>Pairwise</i> de Ramo					
AO					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
MAR-EXE	-8,279	8,069	-1,026	,305	,915
MAR-FA	11,213	8,010	1,400	,162	,485
EXE-FA	-19,491	7,302	-2,669	,008	<b>,023</b>
AO4					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
EXE-MAR	-7,857	8,708	-,902	,367	1,000
EXE-FA	-33,366	7,881	-4,234	<,001	<b>,000</b>
MAR-FA	25,509	8,645	2,951	,003	<b>,010</b>
AO5					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
EXE-FA	-22,546	7,922	-2,846	,004	<b>,013</b>
EXE-MAR	15,986	8,754	1,826	,068	,204
FA-MAR	38,532	8,691	4,433	<,001	<b>,000</b>
Comparações por Método <i>Pairwise</i> de Idade					
AO					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
de 31 a 40 anos - de 41 a 50 anos	-12,161	7,052	-1,724	,085	,508
de 31 a 40 anos - até 30 anos	14,093	11,616	1,213	,225	1,000
de 31 a 40 anos - mais de 51 anos	-39,452	13,670	-2,886	,004	<b>,023</b>
de 41 a 50 anos - até 30 anos	1,933	12,186	,159	,874	1,000
de 41 a 50 anos - mais de 51 anos	-27,292	14,157	-1,928	,054	,323
até 30 anos - mais de 51 anos	-25,359	16,901	-1,500	,133	,801
AO2					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
de 31 a 40 anos - até 30 anos	-,400	12,572	-,032	,975	1,000
de 31 a 40 anos - de 41 a 50 anos	-12,675	13,189	-,961	,337	1,000
de 31 a 40 anos - mais de 51 anos	-44,491	18,291	-2,432	,015	,090
até 30 anos - de 41 a 50 anos	-12,275	7,632	-1,608	,108	,647
até 30 anos - mais de 51 anos	-44,091	14,795	-2,980	,003	<b>,017</b>
de 41 a 50 anos - mais de 51 anos	-31,816	15,322	-2,076	,038	,227

[Cont.]

Comparações por Método <i>Pairwise</i> de Local onde presta serviço					
AO2					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
Hospitais civis (aplicável aos médicos internos) - Unidades / Órgãos / Serviços do ramo	-16,939	9,330	-1,816	,069	,208
Hospitais civis (aplicável aos médicos internos) - Unidades fora do ramo (HFAR, UEFISM, DIRSAM, IUM, IASFA, outras)	-32,323	9,254	-3,493	<,001	<b>,001</b>
Unidades / Órgãos / Serviços do ramo - Unidades fora do ramo (HFAR, UEFISM, DIRSAM, IUM, IASFA, outras)	-15,383	7,609	-2,022	,043	,130

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas.

O nível de significância é 0,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção *Bonferroni* para vários testes.

Comparações por Teste U de Mann-Whitney por Género	
AO2	
N total	154
U de Mann-Whitney	2245,500
Wilcoxon W	6073,500
Estatística de teste	2245,500
Erro padrão	259,516
Estatística de Teste Padronizado	-2,578
Sinal assintótico (teste de dois lados)	<b>0,010</b>
AO5	
N total	154
U de Mann-Whitney	2095,500
Wilcoxon W	5923,500
Estatística de teste	2095,500
Erro padrão	260,166
Estatística de Teste Padronizado	-3,148
Sinal assintótico (teste de dois lados)	<b>0,002</b>

Comparações por Teste U de Mann-Whitney por Posto	
AO2	
N total	154
U de Mann-Whitney	3722,500
Wilcoxon W	7727,500
Estatística de teste	3722,500
Erro padrão	258,535
Estatística de Teste Padronizado	3,210
Sinal assintótico (teste de dois lados)	<b>0,001</b>
AO3	
N total	154
U de Mann-Whitney	3452,500
Wilcoxon W	7457,500
Estatística de teste	3452,500
Erro padrão	242,672
Estatística de Teste Padronizado	2,308
Sinal assintótico (teste de dois lados)	<b>0,021</b>

O nível de significância é 0,050.

**Quadro E2 – Comparações das médias da PAO**

<b>Comparações por Método <i>Pairwise</i> de Ramo</b>					
<b>PAO</b>					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
EXE-MAR	-1,243	8,879	-0,140	0,889	1,000
EXE-FA	-28,231	8,035	-3,513	<0,001 1	<b>0,001</b>
MAR-FA	26,988	8,815	3,062	0,002	<b>0,007</b>
<b>PAO1</b>					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
EXE-MAR	-2,832	8,898	-0,318	0,750	1,000
EXE-FA	-24,551	8,052	-3,049	0,002	<b>0,007</b>
MAR-FA	21,719	8,834	2,459	0,014	<b>0,042</b>
<b>PAO2</b>					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
EXE-MAR	-0,154	9,001	-0,017	0,986	1,000
EXE-FA	-24,099	8,145	-2,959	0,003	<b>0,009</b>
MAR-FA	23,945	8,936	2,680	0,007	<b>0,022</b>
<b>Comparações por Método <i>Pairwise</i> de Idade</b>					
<b>PAO</b>					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
até 30 anos - de 31 a 40 anos	7,788	12,783	,609	,542	1,000
até 30 anos - de 41 a 50 anos	-22,094	7,760	-2,847	,004	<b>,026</b>
até 30 anos - mais de 51 anos	-46,306	15,043	-3,078	,002	<b>,012</b>
de 31 a 40 anos - de 41 a 50 anos	-14,305	13,410	-1,067	,286	1,000
de 31 a 40 anos - mais de 51 anos	-38,517	18,598	-2,071	,038	,230
de 41 a 50 anos - mais de 51 anos	-24,212	15,579	-1,554	,120	,721
<b>PAO1</b>					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
de 31 a 40 anos - até 30 anos	0,754	12,810	0,059	0,953	1,000
de 31 a 40 anos - de 41 a 50 anos	-15,567	7,777	-2,002	0,045	0,272
de 31 a 40 anos - mais de 51 anos	-41,980	15,075	-2,785	0,005	<b>0,032</b>
até 30 anos - de 41 a 50 anos	-14,813	13,438	-1,102	0,270	1,000
até 30 anos - mais de 51 anos	-41,226	18,637	-2,212	0,027	0,162
de 41 a 50 anos - mais de 51 anos	-26,413	15,612	-1,692	0,091	0,544

[Cont.]

PAO2					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
de 31 a 40 anos - até 30 anos	16,288	12,958	1,257	,209	1,000
de 31 a 40 anos - de 41 a 50 anos	-23,037	7,867	-2,928	,003	<b>,020</b>
de 31 a 40 anos - mais de 51 anos	-53,339	15,249	-3,498	<,001	<b>,003</b>
até 30 anos - de 41 a 50 anos	-6,749	13,594	-,496	,620	1,000
até 30 anos - mais de 51 anos	-37,051	18,853	-1,965	,049	,296
de 41 a 50 anos - mais de 51 anos	-30,302	15,793	-1,919	,055	,330
Comparações por Método Pairwise de Local onde presta serviço					
PAO					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
Hospitais civis (aplicável aos médicos internos) - Unidades / Órgãos / Serviços do ramo	-23,493	9,487	-2,476	0,013	<b>0,040</b>
Hospitais civis (aplicável aos médicos internos) - Unidades fora do ramo (HFAR, UEFISM, DIRSAM, IUM, IASFA, outras)	-27,658	9,409	-2,939	0,003	<b>0,010</b>
Unidades / Órgãos / Serviços do ramo - Unidades fora do ramo (HFAR, UEFISM, DIRSAM, IUM, IASFA, outras)	-4,165	7,737	-0,538	0,590	1,000
PAO1					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
Hospitais civis (aplicável aos médicos internos) - Unidades / Órgãos / Serviços do ramo	-25,690	9,507	-2,702	0,007	<b>0,021</b>
Hospitais civis (aplicável aos médicos internos) - Unidades fora do ramo (HFAR, UEFISM, DIRSAM, IUM, IASFA, outras)	-28,207	9,429	-2,991	0,003	<b>0,008</b>
Unidades / Órgãos / Serviços do Ramo - Unidades fora do ramo (HFAR, UEFISM, DIRSAM, IUM, IASFA, outras)	-2,517	7,753	-0,325	0,745	1,000

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas.

O nível de significância é 0,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção *Bonferroni* para vários testes.

Comparações por Teste U de Mann-Whitney por Género		Comparações por Teste U de Mann-Whitney por Posto	
<b>PAO</b>		<b>PAO</b>	
N total	154	N total	154
U de Mann-Whitney	2344,000	U de Mann-Whitney	3917,500
Wilcoxon W	6172,000	Wilcoxon W	7922,500
Estatística de teste	2344,000	Estatística de teste	3917,500
Erro padrão	263,868	Erro padrão	262,870
Estatística de Teste Padronizado	-2,162	Estatística de Teste Padronizado	3,899
Sinal assintótico (teste de dois lados)	<b>,031</b>	Sinal assintótico (teste de dois lados)	<b>&lt;0,001</b>
<b>PAO2</b>		<b>PAO1</b>	
N total	154	N total	154
U de Mann-Whitney	1961,000	U de Mann-Whitney	3846,500
Wilcoxon W	5789,000	Wilcoxon W	7851,500
Estatística de teste	1961,000	Estatística de teste	3846,500
Erro padrão	267,484	Erro padrão	263,424
Estatística de Teste Padronizado	-3,565	Estatística de Teste Padronizado	3,622
Sinal assintótico (teste de dois lados)	<b>&lt;0,001</b>	Sinal assintótico (teste de dois lados)	<b>&lt;0,001</b>
<b>PAO2</b>		<b>PAO2</b>	
N total	154	N total	154
U de Mann-Whitney	3725,000	U de Mann-Whitney	3725,000
Wilcoxon W	7730,000	Wilcoxon W	7730,000
Estatística de teste	3725,000	Estatística de teste	3725,000
Erro padrão	266,473	Erro padrão	266,473
Estatística de Teste Padronizado	3,124	Estatística de Teste Padronizado	3,124
Sinal assintótico (teste de dois lados)	<b>0,002</b>	Sinal assintótico (teste de dois lados)	<b>0,002</b>

O nível de significância é 0,050.

### Quadro E3 – Comparações das médias da IT

Comparações por Método Pairwise de Ramo					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
EXE-FA	-22,376	8,217	-2,723	0,006	<b>0,019</b>
EXE-MAR	-30,702	9,080	-3,381	<0,001	<b>0,002</b>
FA-MAR	-8,326	9,015	-0,924	0,356	1,000
Comparações por Método Pairwise de Idade					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
de 31 a 40 anos - de 41 a 50 anos	-2,619	7,936	-0,330	0,741	1,000
de 31 a 40 anos - até 30 anos	37,023	13,072	2,832	0,005	<b>0,028</b>
de 31 a 40 anos - mais de 51 anos	-41,536	15,384	-2,700	0,007	<b>0,042</b>
de 41 a 50 anos - até 30 anos	34,404	13,714	2,509	0,012	0,073
de 41 a 50 anos - mais de 51 anos	-38,917	15,932	-2,443	0,015	0,087
até 30 anos - mais de 51 anos	-4,513	19,020	-0,237	0,812	1,000

[Cont.]

Comparações por Método Pairwise de Local onde presta serviço					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Desvio Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
Unidades / Órgãos / Serviços do ramo - Unidades fora do ramo (HFAR, UEFISM, DIRSAM, IUM, IASFA, outras)	-4,436	7,912	-0,561	0,575	1,000
Unidades / Órgãos / Serviços do ramo - Hospitais civis (aplicável aos médicos internos)	32,301	9,702	3,329	<0,001	<b>0,003</b>
Unidades fora do ramo (HFAR, UEFISM, DIRSAM, IUM, IASFA, outras) - Hospitais civis (aplicável aos médicos internos)	27,865	9,623	2,896	0,004	0,011

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas.

O nível de significância é 0,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção *Bonferroni* para vários testes.

Comparações por Teste U de Mann-Whitney por Género	
PAO	
N total	154
U de Mann-Whitney	2089,000
Wilcoxon W	5917,000
Estatística de teste	2089,000
Erro padrão	269,848
Estatística de Teste Padronizado	-3,059
Sinal assintótico (teste de dois lados)	<b>0,002</b>

O nível de significância é 0,050.

#### Quadro E4 – Correlações entre AO, PAO e IT

	AO	AO1	AO2	AO3	AO4	AO5	PAO	PAO1	PAO2	IT
AO	--									
AO1	,698**	--								
AO2	,527**	,270**	--							
AO3	,463**	,201*	,303**	--						
AO4	,622**	,467**	,256**	,296**	--					
AO5	,566**	,358**	,313**	,390**	,343**	--				
PAO	<b>,582**</b>	,368**	,370**	,437**	,514**	,574**	--			
PAO1	,571**	,401**	,337**	,367**	,485**	,524**	,889**	--		
PAO2	,423**	,177*	,282**	,361**	,394**	,443**	,800**	,614**	--	
IT	<b>,468**</b>	,408**	,387**	,280**	,474**	,286**	<b>,340**</b>	,291**	,285**	--

Correlações de Pearson. N=154

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

\* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

## Apêndice F — Análise das potencialidades e vulnerabilidades

Para determinação das potencialidades (pontos fortes) e vulnerabilidades (pontos fracos) da visão que os médicos militares têm das FA (no âmbito da AO, PAO e IT) aplicou-se um método baseado em Sammut-Bonnici & Galea (2015) e em Wehrich (1982).

AO
<b>Potencialidades</b>
<b>As FA têm um ambiente de trabalho saudável e ética elevadamente atrativos</b> – A AO global é generalizadamente moderada, mas observa-se na componente <i>ambiente de trabalho saudável e ética</i> , uma atratividade elevada.
<b>Alguns médicos militares percecionam as FA como mais atrativas</b> – Os médicos da FA percecionam globalmente as FA como mais atrativas que os do EXE, verificando-se o mesmo para os oficiais $\geq 51$ anos quando comparados com os da faixa etária dos 31 aos 40.
<b>Algumas componentes da AO são mais elevadas para alguns médicos militares</b> – Relativamente ao <i>equilíbrio trabalho/vida pessoal</i> , as mulheres, os oficiais mais antigos, os mais velhos e os que trabalham em unidades fora do ramo, percecionam as FA como mais atrativas. A componente <i>formação e desenvolvimento</i> é mais atrativa para os médicos da FA. Na componente da <i>promoção</i> , as FA são mais atrativas para as mulheres e para os médicos da FA.
<b>Vulnerabilidades</b>
<b>As FA têm uma AO relacionada com os benefícios e recompensas muito baixa</b> – AO relacionada com os benefícios e recompensas é muito baixa, especialmente aos olhos dos oficiais mais modernos.
<b>As FA têm uma baixa AO em algumas componentes</b> – Os médicos militares percecionam generalizadamente as FA como pouco atrativas nas componentes <i>equilíbrio trabalho/vida pessoal</i> , <i>formação e desenvolvimento</i> e <i>promoção</i> . A AO é especialmente baixa para os médicos da MAR e do EXE nas dimensões <i>formação e desenvolvimento</i> e <i>promoção</i> , e para os médicos mais modernos e os internos na dimensão <i>equilíbrio trabalho/vida pessoal</i> .
PAO
<b>Potencialidades</b>
<b>Alguns médicos têm uma PAO mais elevada</b> – PAO, global e nas suas duas vertentes, é generalizadamente baixa, mas os médicos mais velhos apresentam-nas como moderadas. A PAO global, e na sua <i>vertente profissional</i> , é mais elevada para as médicas, os oficiais mais antigos, os que têm mais de 41 anos, e os da FA. A <i>vertente pessoal</i> da PAO é mais elevada para os oficiais mais antigos, os mais velhos e os da FA.
<b>Vulnerabilidades</b>
<b>PAO é globalmente baixa, com especial relevo para a vertente profissional, existindo diferenças entre os diferentes grupos</b> – A PAO sendo globalmente baixa, é mais baixa para os militares da MAR e do EXE, os mais novos, os homens e os menos graduados.
<b>Alguns médicos têm uma PAO muito baixa</b> – Os médicos internos têm uma PAO global e, em especial a sua vertente pessoal, muito baixas.
IT
<b>Vulnerabilidades</b>
<b>IT é globalmente baixa, sendo preocupantemente moderada em alguns grupos de médicos</b> – A IT é mais elevada para os médicos da MAR e da FA. É também mais elevada para as médicas militares, os internos, e os oficiais das faixas etárias dos extremos.

## Apêndice G — Análise de conteúdo das entrevistas

Foram feitas perguntas (P) aos entrevistados, cuja análise de conteúdo das respostas se apresenta organizada conforme Sarmiento (2013, pp.53-66).

P1 Considera que a implementação da LOE é adequada e poderá contribuir para a retenção dos médicos militares?												
P2 Considera existirem condições para a implementação da LOE? O que poderá ser feito para permitir a sua implementação?												
P3 Considera a discriminação positiva dos médicos militares, e/ou dentro dos médicos militares, aceitável, na implementação da LOE? Que outro tipo de riscos considera poderem eventualmente existir e como poderão ser mitigados?												
Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	Entrevistados								Unidades de Enumeração	Resultados (%)
			1	2	3	4	5	6	7	8		
LOE1	Adequabilidade	É adequada			x	x	x	x	x	x	6 de 8	75%
		É adequada, mas valorizando em especial a aplicação da PGP3	x	x							2 de 8	25%
	Praticabilidade	É parcialmente (PGP3) facilmente praticável		x		x	x	x		x	5 de 8	62,5%
		É parcialmente (PGP3) praticável	x		x					x	3 de 8	37,5%
	Aceitabilidade	É aceitável valorizando mais a aplicação da PGP3	x	x							2 de 8	25%
		É aceitável se aplicada a todas as FA			x				x		2 de 8	25%
		É aceitável se não comprometer a missão		x	x	x	x	x	x	7 de 8	87,5%	
LOE2	Adequabilidade	É adequada	x								1 de 8	12,5%
		É maioritariamente adequada (exceto PGP5 e/ou PGP4)		x		x	x	x	x	x	6 de 8	75%
		É adequada podendo não ser a melhor abordagem			x						1 de 8	12,5%
	Praticabilidade	É praticável se legislado	x								1 de 8	12,5%
		É facilmente praticável em parte (dificuldades PGP4 e/ou PGP5 e/ou PGP9)		x	x	x	x	x	x	x	7 de 8	87,5%
	Aceitabilidade	É aceitável				x	x		x	x	4 de 8	50%
É aceitável, mas poderá gerar instabilidade		x	x	x						3 de 8	37,5%	
É aceitável se aplicado a todas as FA								x		1 de 8	12,5%	
LOE3	Adequabilidade	É de um modo geral adequada	x	x	x	x	x	x	x	8 de 8	100%	
	Praticabilidade	É parcialmente praticável	x	x	x	x	x	x	x	8 de 8	100%	
	Aceitabilidade	É aceitável se não comprometer a missão		x	x	x	x	x	x	x	7 de 8	87,5%
		É aceitável, mas poderá gerar instabilidade	x	x	x						3 de 8	37,5%
		É aceitável se aplicado a todas as FA							x		1 de 8	12,5%

[Cont.]

LOE4	Adequabilidade	<b>É adequada</b>	x	x		x	x	x	x	x	<b>7 de 8</b>	<b>87,5%</b>
		Não é adequada			x						1 de 8	12,5%
	Praticabilidade	<b>É praticável</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	<b>8 de 8</b>	<b>100%</b>
		É aceitável	x	x		x	x				4 de 8	50%
Aceitabilidade	Não é aceitável			x			x	x	x	4 de 8	50%	