1 2 9 0

UNIVERSIDADE D
COIMBRA

João Daniel Carvalho Borges

Análise de comportamentos de cidadania organizacional e presenteísmo em instituições de saúde

Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira e pelo Professor Doutor Carlos António Sampaio Laranjeira e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra da Universidade de Coimbra

Setembro de 2019

João Daniel Carvalho Borges

Análise de Comportamentos de Cidadania Organizacional e Presenteísmo em Instituições de Saúde

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, para obtenção do grau de mestre.

Orientadores: Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira e Professor Doutor Carlos António Sampaio Laranjeira

Coimbra, setembro de 2019

DEDICATÓRIA

À Ana

Ao Francisco

À Luísa

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, a Professora Doutora Manuela Frederico e o Professor Doutor Carlos Laranjeira pela partilha de sabedoria, pela disponibilidade e pela paciência nos meus momentos de angústia.

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, por consagrar o Curso de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde como uma referência nacional e internacional.

Aos Professores do Curso de Gestão e Economia da Saúde, por me terem proporcionado a minha realização académica com este curso.

À Enfermeira Ana Rita Cavaco, digníssima bastonária da Ordem dos Enfermeiros, pela possibilidade de divulgação dos meus questionários junto dos Enfermeiros portugueses.

Aos enfermeiros que participaram no estudo.

Aos colegas de curso.

Aos meus queridos pais e irmã.

Aos amigos, eles sabem quem são!

RESUMO

Enquadramento: O conceito de presenteísmo, definido muitas vezes como a participação no quotidiano laboral apesar da existência de problemas de saúde, foi muitas vezes entendido como a contrapartida do absenteísmo e não ganhou a relevância e a atenção suficiente na avaliação da eficiência humana nas organizações. Desde que se concluiu que os custos associados ao presenteísmo são muito maiores do que o absenteísmo, este fenómeno ganhou uma atenção exponencial na gestão dos recursos humanos das instituições. Por seu lado os Comportamentos de Cidadania Organizacional (CCO) são definidos como discricionários são todos aqueles que não são prescritos pelo papel ou descrição de funções, nem se integram claramente nos termos de contrato entre o indivíduo e a organização.

Métodos: O estudo apresentado enquadra-se na metodologia de caráter quantitativo, descritivo-correlacional, transversal e retrospetivo. A amostra é probabilística e o universo deste estudo incluiu todos os enfermeiros que exercem funções em instituições de saúde portuguesas, (sejam elas de natureza pública, privada ou público-privada). Assumiram-se como critérios de inclusão enfermeiros com atividade clínica e/ ou gestão em instituições nas modalidades referidas, tendo sido excluídos deste estudo enfermeiros em atividade de docência em instituições de ensino superior, em regime de exclusividade. A amostra final foi de 424 enfermeiros.

Resultados: A maioria dos enfermeiros que respondeu ao questionário é do género feminino (86,8%), com idade igual ou superior a 40 anos. Da análise dos dados emergiram correlações positivas entre o presenteísmo e os CCO; os enfermeiros com idade superior a 50 anos, com formação académica mais diferenciada (especialidade, mestrado, doutoramento) e com melhor condição de saúde tendem a adotar melhores CCO. No que concerne ao presenteísmo, o fenómeno é mais frequente em enfermeiros do género feminino a exercer funções em instituições públicas, e com condição prévia de doença.

Conclusões: Os resultados apresentados podem constituir um desafio de mudança para os decisores políticos, gestores e profissionais de saúde, no sentido de abordarem o presenteísmo com a criação de programas de saúde ocupacional direcionados paras necessidades dos enfermeiros. Outras medidas passam pela flexibilixação de horários de trabalho, políticas de trabalho promotoras de retenção dos efetivos, e uma forte aposta na formação e capacitação dos enfermeiros capaz de garantir de um melhor desempenho e envolvimento na cultura organizacional.

Palavras-Chave: presenteísmo, comportamentos de cidadania organizacional (CCO), desempenho, saúde ocupacional, produtividade

ABSTRACT

Background: The concept of presenteeism, often defined as participation in daily work despite health problems, has often been understood as the counterpart of absenteeism and has not gained relevance and sufficient attention in assessing human efficiency in organizations. Since the costs associated with presenteeism have been found to be much higher than absenteeism, this phenomenon has gained exponential attention in the management of the institutions' human resources. Organizational Citizenship Behaviors (OCB) are defined as discretionary. They are all those that are not prescribed by role or job description, nor are they clearly integrated into the terms of contract between the individual and the organization.

Methods: The presented study fits the quantitative methodology, descriptive-correlational, transversal and retrospective. The sample is probabilistic and the universe of this study included all nurses who work in Portuguese health institutions (whether public, private or public-private). Inclusion criteria were nurses with clinical activity and / or management in institutions in the referred modalities, and nurses in teaching activity in higher education institutions were excluded from this study, on an exclusive basis. The final sample was 424 nurses.

Results: Most nurses who answered the questionnaire are female (86.8%), aged 40 years or older. From the data analysis positive correlations emerged between the presentism and the OCB; Nurses older than 50 years, with more differentiated academic education (specialty, masters, doctorate) and with better health tend to adopt better OCB. With regard to presenteeism, the phenomenon is more frequent in female nurses working in public institutions, and with a previous condition of illness.

Conclusions: The results presented may pose a challenge for policy makers, managers and health professionals to address the presentism with the creation of occupational health programs directed to the needs of nurses. Other measures include flexible working hours, work policies that promote retention of staff, and a strong focus on the training and qualification of nurses to ensure better performance and involvement in the organizational culture.

Keywords: presenteeism, organizational citizenship behaviors (OCB), performance, occupational health, productivity

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SIMBOLOS

apud: citado por

CCO: Comportamentos de Cidadania Organizacional

cf.: Confira, confronte

CIT: Contrato Individual de Trabalho

CTFP: Contrato de Trabalho em Funções Públicas

DGS: Direção Geral de Saúde

***et al*.:** e outros

EUROSTAT: *European Statistical Office*

FEUC: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

IGAS: Inspeção Geral Atividades em Saúde

M: Milhões

OE: Ordem dos Enfermeiros

OIT: Organização Internacional do Trabalho

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNSOC: Plano Nacional de Saúde Ocupacional

RH: Recursos Humanos

SPS-32: *Stanford Presenteeism Scale* – Versão 32 itens

SPS-6*: Stanford Presenteeism Scale* – Versão 6 itens

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

UE: União Europeia

UICISA:E: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

WLQ-25: *Work Limitations Questionnaire* – Versão 25 itens

WLQ-8: *Work Limitations Questionnaire* – Versão 8 itens

LISTA DE SÍMBOLOS

α: Alfa

®: Marca registada

€: Euros

$: Dólares

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo dinâmico do absenteísmo ao presenteísmo..... 12

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Antecedentes dos CCO 19

Quadro 2: Duas Categorias de CCO - 20

Quadro 3: Dimensões de cidadania organizacional em empresas que operam em Portugal - 24

Quadro 4: Variáveis Centrais 32

Quadro 5: Variáveis de atributo e sua operacionalização 33

Quadro 6: Medidas descritivas referentes aos itens e dimensões da escala SPS-6 52

Quadro 7: Medidas descritivas referentes aos itens e global da escala WLQ-8: 53

Quadro 8: Medidas descritivas referentes aos itens, dimensões e global da escala CCO 58

Quadro 9: Correlação das escalas SPS-6 e WLQ-8 com a escala CCO 60

Quadro 10: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função do género 61

Quadro 11: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função da idade 62

Quadro 12: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função das habilitações literárias 63

Quadro 13: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função da localização geográfica 63

Quadro 14: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função da organização onde trabalha 64

Quadro 15: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função da tipologia da organização 65

Quadro 16: Correlação das escalas SPS-6 e WLQ-8 com a antiguidade na organização e na função 66

Quadro 17: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função vínculo laboral 66

Quadro 18: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função do título profissionalatribuído pela OE 67

Quadro 19: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função de ter, ou não, alguma especialidade em enfermagem 67

Quadro 20: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função de ter, ou não, alguma especialidade em enfermagem (continuação) 68

Quadro 21: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função da condição prévia de doença 69
Quadro 22: Comparação da escala CCO em função do género 70
Quadro 23: Comparação da escala CCO em função da idade..... 70
Quadro 24: - Comparação da escala CCO em função das habilitações literárias 71
Quadro 25: Comparação da escala CCO em função da localização geográfica 71
Quadro 26: Comparação da escala CCO em função da organização onde trabalha 72
Quadro 27: Comparação da escala CCO em função da tipologia da organização 73
Quadro 28: Correlação da escala CCO com a antiguidade na organização e na função 73
Quadro 29: Comparação da escala CCO em função do vínculo laboral 74
Quadro 30: Comparação da escala CCO em função do título profissional atribuído pela OE..... 74
Quadro 31: Comparação da escala CCO em função de ter, ou não, alguma especialidade em enfermagem 75
Quadro 32: Comparação da escala CCO em função do tipo de cuidados 76
Quadro 33: Comparação da escala CCO em função da condição prévia de doença 76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo as caraterísticas sociodemográficas..... 47

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo as caraterísticas profissionais..... 49

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo as respostas aos itens da escala SPS-6..... 51

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo as respostas aos itens da escala WLQ-8... 53

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo as respostas aos itens da escala CCO 56

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 1

1.PRESENTEÍSMO: CONCEPTUALIZAÇÃO E COMPREENSÃO DO FENÓMENO 7

1.1. Teorias do presenteísmo 9

1.2. Do absenteísmo ao presenteísmo 11

1.3. Relevância e impacto do fenómeno 12

1.4. Instrumentos de medida do presenteísmo. 15

2.COMPORTAMENTOS DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL (CCO) 17

2.1. Evolução do conceito de CCO 17

2.2. Antecedentes e características influenciadoras do CCO 17

2.3. Dimensões da cidadania organizacional 20

2.4. CC0 e Eficácia Organizacional 25

2.5. Os Enfermeiros como Cidadãos Organizacionais 27

3.ESTUDO EMPÍRICO 29

3.1. Da Problemática ao Objeto de Estudo 29

3.2. Questão de Investigação e Objetivos 30

3.3. Tipo de Estudo 31

3.4. Variáveis 32

3.5. Hipóteses 34

3.6. População e amostra 35

3.7. Considerações éticas – formais 35

3.8. Instrumentos de Colheitas de Dados 37

3.9. Colheita de Dados 41

3.10. Análise estatística descritiva 42

4.ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS 45

4.1. Propriedades psicométricas das escalas 45

4.2. Análise descritiva 47

4.3. Análise Inferencial 60

5.DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 79

CONCLUSÃO **91**

Limitações e Sugestões **93**

REFERêNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **95**

APÊNDICES

APÊNDICE I: AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES PARA UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS

APÊNDICE II: APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UICISA:E

APÊNDICE III: AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DO ESTUDO:

APÊNDICE IV: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ANEXOS

ANEXO I - PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS

INTRODUÇÃO

A segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores são preocupações vitais de centenas de milhões de profissionais em todo o mundo, mas a questão é extensível para além dos funcionários/ trabalhadores e suas famílias. As questões relacionadas com a segurança laboral são de suprema importância para a produtividade, competitividade e sustentabilidade das empresas e comunidades, assim como para as economias nacionais e regionais. Atualmente, estima-se que dois milhões de pessoas morrem a cada ano como resultado dos acidentes de trabalho e de doenças ou lesões relacionadas ao trabalho (OMS, 2010).

Dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2019) referem que anualmente, ocorrem em todo o mundo cerca de 270 milhões de acidentes de trabalho e são declaradas 160 milhões de doenças profissionais, de que resulta a morte de dois milhões de pessoas. Relativamente à União Europeia (UE), a OIT estima que mais de 150 000 trabalhadores morram todos os anos de doenças profissionais e que são perdidas várias centenas de milhões de dias de trabalho, o que se traduz, consequentemente, num impacto no produto interno bruto de cada país e na sua capacidade produtiva (OMS, 2010).

Segundo dados do EUROSTAT, todos os anos, morrem 5 720 pessoas na União Europeia em consequência de acidentes de trabalho, estimando-se que a cada três minutos e meio morra uma pessoa na UE por causas relacionadas com o trabalho. Desta forma, a Segurança e Saúde no Trabalho surge cada vez mais, não só como uma obrigação legal, mas principalmente, como uma necessidade, a vários níveis, intensificando-se a sua importância nas organizações (IGAS,2018).

Em Portugal, a promoção e prevenção da segurança e da saúde no trabalho são regulamentadas pela Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, alterada e republicada pela Lei n.º 3/2014, de 28 de Janeiro, com as atualizações introduzidas pelo DL n.º 88/2015, de 28 de maio, pela Lei n.º 146/2015, de 09 de setembro e pela Lei n.º 28/2016, de 23 de agosto. De acordo com este documento legal, são responsáveis pela garantia das condições de segurança e saúde no trabalho tanto os empregadores como os

trabalhadores; enquanto os primeiros são responsáveis pela garantia de um local de trabalho com as devidas condições de segurança e saúde e com a disponibilização de equipamentos de trabalho adequados, aos trabalhadores cabe a responsabilidade de desempenhar as suas funções com o menor risco possível, tanto para si como para terceiros. (IGAS,2018)

Dados da Direção Geral de Saúde (DGS) referem que atualmente registam-se inúmeras doenças profissionais e acidentes de trabalho, estimando-se a nível global 2,78 milhões de mortes atribuídas ao trabalho por ano. A mortalidade relacionada com o trabalho representa cerca de 5% do total de mortes globais, constatando-se que a maior parcela da mortalidade atribuída ao trabalho está relacionada com doenças ligadas ao trabalho, responsáveis por 2,4 milhões (86,3%) do total estimado de mortes, e os acidentes de trabalho fatais representaram os restantes 13,7%. O número estimado de doenças relacionadas com o trabalho excede, em muito, o número de acidentes de trabalho e mortes. Conjuntamente, as doenças circulatórias (31%), as neoplasias malignas (26%) e as doenças respiratórias (17%) contribuíram com mais de três quartos para a mortalidade total relacionada com o trabalho, seguidas pelas lesões profissionais em 14% e pelas doenças transmissíveis (9%) (DGS, 2018).

Os dados, apresentados pela OIT e pela OMS, apenas demonstram lesões e doenças que ocorrem em ambientes de trabalho, formalmente registados. Em muitos países, a maioria dos trabalhadores são empregados informalmente em fábricas e empresas onde não há registos de lesões e doenças relacionadas com o trabalho, muito menos de quaisquer programas de prevenção de lesões ou doenças. Abordar este imenso ónus causado pelas doenças, custos económicos e perda de recursos humanos a longo prazo resultantes de locais de trabalho insalubres constitui-se como um extraordinário desafio para governantes e decisores políticos em saúde, setores sociais do estado e profissionais de saúde. Para além da perda de recursos humanos, pode ocorrer antes o fenómeno pelo qual os indivíduos vão trabalhar, apesar de se encontrarem numa situação clinicamente desfavorável – o presenteísmo, que se pode refletir na perda de produtividade e no compromisso da segurança laboral para o próprio e para as pessoas com quem interage.

Reconhecendo que o direito a um ambiente de trabalho seguro e saudável é um direito fundamental e que a globalização deve ser acompanhada de medidas preventivas que

garantam a saúde e segurança de todos os trabalhadores, incluindo a prevenção de novos e emergentes riscos profissionais, foi identificada pela DGS a necessidade de melhorar e reforçar a atenção e a intervenção em Saúde Ocupacional, tendo sido criado o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) tem como principal compromisso assegurar a proteção e promoção da saúde de todos os trabalhadores, através de ambientes de trabalho saudáveis e da cobertura e qualidade dos Serviços de Saúde Ocupacional (DGS, 2018). Já em 2007, a Assembleia Mundial de Saúde da OMS tinha aprovado o documento *Saúde dos trabalhadores: plano de ação global*. Este documento estabelece cinco objetivos: 1) elaborar e implementar instrumentos de políticas e normas para a saúde dos trabalhadores; 2) proteger e promover a saúde no ambiente de trabalho; 3) promover o desempenho e o acesso aos serviços de saúde ocupacional; 4) fornecer e divulgar evidências, objetivando a ação e a prática; 5) incorporar a saúde dos trabalhadores noutras políticas (OMS, 2010).

Diante da magnitude epidemiológica do problema e da necessidade de potenciar a salubridade dos ambientes laborais foram definidos para o presente estudo os seguintes objetivos: a) avaliar os comportamentos organizacionais dos Enfermeiros portugueses; b) identificar comportamentos de presenteísmo (diagnosticados e não diagnosticados); e c) avaliar a relação entre o presenteísmo e os comportamentos de cidadania organizacional.

Este estudo teve como finalidades: a) sensibilizar a sociedade para a problemática do presenteísmo associada aos cuidados de Enfermagem; b) fomentar uma prática de gestão fundamentada em evidência científica; c) promover a valorização dos riscos psicossociais nos contextos laborais.

O estudo apresentado enquadra-se nas metodologias de carácter quantitativo, descritivo-correlacional, transversal e retrospetivo. Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram as escalas de presenteísmo WLQ-8 e SPS-6 e a escala de comportamentos de cidadania organizacional. Todos os instrumentos estão validados culturalmente para a realidade portuguesa. A amostra deste estudo inclui 424 enfermeiros a exercerem funções em instituições de saúde.

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes; a primeira parte, designada por "Enquadramento Teórico" é feita a revisão bibliográfica das temáticas que constituem as

variáveis centrais do estudo, o presenteísmo e os CCO. A segunda parte deste trabalho, designada por “Estudo Empírico”, inclui inicialmente a abordagem metodológica, a apresentação do tipo de estudo, os objetivos, as questões de investigação, os instrumentos de colheita de dados, a análise e discussão dos dados e por fim a conclusão.

Parte I

- Enquadramento Teórico -

(esta página foi propositadamente deixada em branco)

1. PRESENTEÍSMO: CONCEPTUALIZAÇÃO E COMPREENSÃO DO FENÓMENO

O presenteísmo descreve o fenómeno em que as pessoas vão trabalhar apesar de se encontrarem limitadas na sua condição de saúde (que normalmente exigiria repouso e ausência do trabalho), resultando na incapacidade de atuar com plena capacidade (Aronsson & Gustafsson, 2005; Cooper & Lu, 2016; Bergstrom *et al*., 2009; Caverley *et al*., 2007; Hansson *et al*., 2006; Kivimaki *et al*., 2005; Schultz & Edington, 2007; Vingård *et al*., 2004). Existem outras definições de presenteísmo, que descrevem o comportamento como perda de produtividade devido à presença de problemas físicos, mentais ou emocionais (Dickson, 2013; Schultz & Edington, 2007).

A repetição deste comportamento pode ter repercussões para a saúde a longo prazo (Bergstromom *et al*., 2009; Demerouti *et al*., 2009), incluindo um risco aumentado de desenvolvimento de doenças coronárias (Kivimaki *et al*., 2005). É um fator de risco para futuros problemas de saúde, comprometendo o bem-estar mental e emocional (Gustafsson & Marklund, 2011) e a ausência de doença (Bergstromom *et al*., 2009; Demerouti *et al*., 2009; Karanika-Murray *et al*., 2015; Kivimaki *et al*., 2005; Taloyan *et al*., 2012).

Na medida em que o presenteísmo pode significar presença física mas ausência psicológica e emocional para trabalhar, podem também estar alterados os estados emocionais e afetivos, como o envolvimento e a satisfação no trabalho (Karanika-Murray *et al*., 2015). O presenteísmo pode esgotar a satisfação no trabalho, porque os indivíduos não estão na plenitude das suas capacidades mentais e físicas, e como tal, os resultados esperados não são alcançados. Quando há uma ameaça (real ou potencial) na integridade psicológica, como no caso de doença temporária, as pessoas podem desenvencilhar-se mentalmente do trabalho, mas ainda se sentem compelidas a estar fisicamente presentes no local de trabalho. Portanto, uma presença psicológica enfraquecida pode também estar ligada a avaliações afetivas enfraquecidas do trabalho (isto é, satisfação de trabalho) através do seu efeito nos estados afetivo-motivacionais (isto é, no envolvimento no trabalho e na dependência do trabalho) (Karanika-Murray *et al*., 2015).

O fenómeno do presenteísmo é global, tendo a sua incidência sido estudada em países como os Estados Unidos da América (Burton *et al*., 1999), Canadá (Caverley *et al*., 2007), Reino Unido (Lu *et al*., 2013; McKevitt *et al*., 1997), Holanda (Vroome, 2006), Dinamarca (Hansen & Andersen, 2009), Suécia (Aronsson & Gustafsson, 2000; Johansen *et al*., 2014), Noruega (Johansen *et al*., 2014), Finlândia (Böckerman & Laukkanen, 2010), Alemanha (Pohling *et al*., 2016; Schnee & Vogt, 2013), Itália (d'Enrico *et al*., 2016; Gustafsson Sendén *et al*., 2013), Portugal (Laranjeira, 2013; Ferreira *et al*., 2010) Espanha (Agudelo-Suárez *et al*., 2010), Taiwan (Lu *et al*., 2013), Coreia do Sul (Kim *et al*., 2016), Sri Lanka (Fernando *et al*., 2017), Turquia (Aysun & Bayram, 2017) e Arábia Saudita (Al Nuhait *et al*., 2017) com índices de presenteísmo que variam de 30% a mais de 90%, conforme relatado pelos participantes dos estudos (Lohaus & Habermann, 2019).

O conceito é visto como um fenómeno comportamental, com efeitos negativos na saúde dos trabalhadores. Portanto, é relevante entender os fatores que levam os funcionários a trabalhar apesar de uma doença ou problema de saúde, bem como as consequências para a sua qualidade de vida e condições de saúde (Galon, 2014). As causas do presenteísmo podem estar relacionadas com a cultura organizacional e laboral (insegurança no trabalho, medo de perder vencimento, redução do quadro, sobrecarga de trabalho, falta de pessoal, horas extras, relações empregador - funcionários e *burnout*) (Lohaus & Habermann, 2019) ou com base nas características individuais (sexo, idade, ocupação e número de filhos) (Aysun & Bayram, 2017).

O presenteísmo pode também ser um comportamento volitivo; o modelo de Johns (2010) postula que a escolha entre presenteísmo e absenteísmo é desencadeada quando um evento de saúde interrompe a produtividade, e que essa escolha é baseada em fatores individuais e fatores relacionados com o trabalho. Aronsson e Gustafsson (2005) sugeriram que presenteísmo e absenteísmo são alternativas do mesmo processo de decisão, enquanto Karanika-Murray *et al*. (2015) também distinguiram entre uma parte voluntária e involuntária do absenteísmo, um comportamento intimamente relacionado ao presenteísmo. Quando a doença é grave, não se questiona a escolha entre estar ausente ou presente. No entanto, para condições de doença *minor*, os indivíduos têm a opção de trabalhar na medida em que o seu estado de saúde o permite.

O presenteísmo pode representar uma obrigação moral de trabalhar mesmo quando doente, assim como estar associado ao vício do trabalho (Griffiths, 2011), um estado afetivo-motivacional negativo (Admasachew & Dawson, 2011; Baker-McClearn, *et al*., 2010). Johns (2010) referiu que os *workaholics* e as pessoas com uma forte ética de trabalho são mais propensas a apresentar presenteísmo. Os presenteístas podem ser caracterizados por uma compulsão por trabalhar excessivamente, mesmo quando estão doentes (Griffiths & Karanika-Murray, 2012). No entanto, o inverso também é plausível, onde o presenteísmo pode alimentar a tendência de um indivíduo de trabalhar excessivamente e compulsivamente, na tentativa de sustentar a sua presença psicológica e atingir níveis normais de desempenho.

É importante ressalvar que o conceito de "vício de trabalho" difere do "*workaholismo*" (Schaufeli *et al*., 2009). Este último é definido como um vício genuíno (Griffiths, 2011; Griffiths & Karanika-Murray, 2012) e difere do outro por ser uma compulsão insalubre e improdutiva ao trabalho (Karanika-Murray *et al*., 2015; Schaufeli *et al*., 2009)

1.1. Teorias do presenteísmo

Existem três modelos distintos para explicar os processos que levam ao presenteísmo. O modelo de flexibilidade da doença de Johansson e Lundberg (2004) sugere que os requisitos de frequência (ou seja, as consequências negativas que os funcionários enfrentam devido à ausência) e a latitude de ajuste (isto é, modificar as cargas de trabalho) podem determinar presença ou ausência por doença. Da mesma forma, Aronsson e Gustafsson (2005) descreveram dois tipos de fatores que influenciam o presenteísmo: fatores pessoais (por exemplo, situação económico-financeira e a falta de limites individuais) e fatores de trabalho (por exemplo, controlo do ritmo de trabalho e a substituibilidade). Finalmente, o modelo de Johns (2010) propõe que quando um evento de saúde interrompe a produtividade, este desencadeia uma escolha entre presenteísmo e absenteísmo, sendo que a decisão final (presenteísmo ou absenteísmo) é influenciada por fatores laborais (ou seja, facilidade de substituição no local de trabalho) e por fatores individuais (ou seja, atitudes de personalidade e trabalho).

Relativamente ao presenteísmo, existem duas linhas distintas de pensamento que foram desenvolvidas simultaneamente (Johns, 2010). A primeira linha de pensamento, predominante entre os investigadores e consultores em saúde norte-americanos, define o presenteísmo como a perda de produtividade no trabalho devido a problemas individuais de saúde (Burton *et al*., 2006; Collins *et al*., 2005; Goetzel *et al*., 2009; Hemp, 2004; Zhang *et al*., 2015). As condicionantes de saúde referidas incluem comportamentos prejudiciais à saúde, comportamentos de risco, problemas de saúde agudos (desde uma infeção respiratória vírica comum) e doenças crónicas mais graves (como sejam a diabetes, artrite ou síndrome do cólon irritável). O foco desta linha de pensamento e investigação é a análise do impacto das condições de saúde e na medição da perda de produtividade, procurando intervenções clínicas que possam de uma forma efetiva reduzir essas perdas. Johns (2010) critica esta abordagem porque o presenteísmo é definido apenas pelas suas consequências.

Em contraste com a primeira abordagem, existe a corrente de pensamento europeia, cuja pesquisa advém principalmente de países escandinavos e do Reino Unido. Neste modelo de pensamento, a pesquisa sobre o presenteísmo centra-se principalmente no motivo pelo qual os funcionários comparecem ao trabalho quando o seu *status* de saúde lhes dá uma razão legítima para ficarem em casa (Aronsson & Gustafsson, 2005; Bergström *et al*., 2009; Elstad & Vabo, 2008; Gustafsson-Sendén *et al*., 2016; Hansen & Andersen, 2009; Johansson & Lundberg, 2004). Segundo este modelo, a principal causa do comportamento de presenteísmo é a insegurança subjetiva que os funcionários têm de perda de trabalho, como *os* despedimentos numa empresa (Caverley *et al*., 2007; Johansen *et al*., 2014; McKevitt *et al*., 1997). Outro foco que a abordagem europeia transmite são as consequências do presenteísmo para a saúde de um indivíduo (Bergström *et al*., 2009; Hansen & Andersen, 2009; Lu *et al*., 2013; Taloyan *et al*., 2012). Para Johns (2010) o modelo europeu é vantajoso em detrimento do norte-americano, uma vez que não se abstém de atribuir motivos ou consequências ao ato de presenteísmo e, portanto, não confunde causas e efeitos (Lohaus & Habermann, 2019).

1.2. Do absenteísmo ao presenteísmo

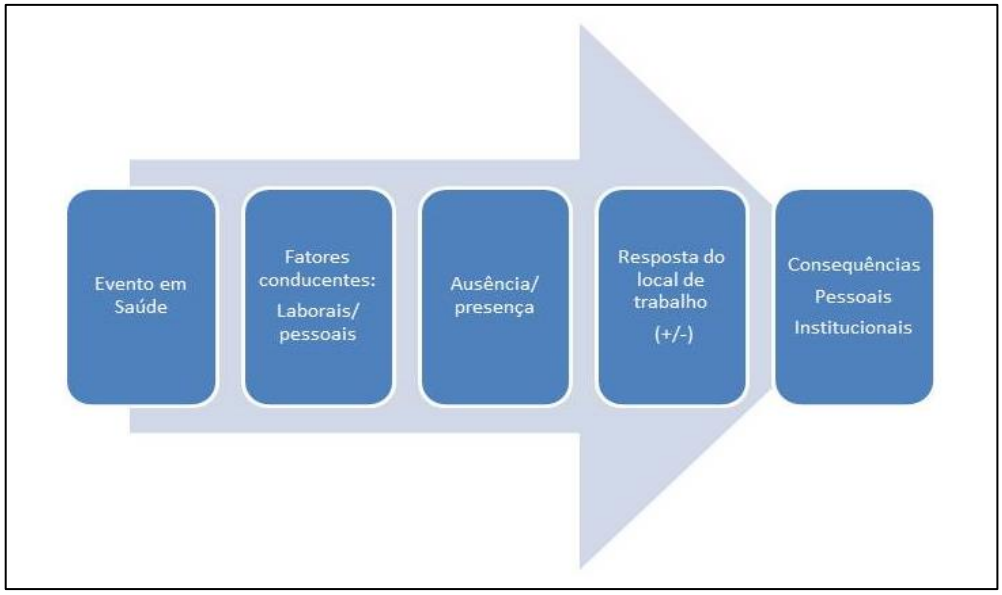
O absenteísmo é um tipo de comportamento que se manifesta por toda e qualquer ausência do trabalho, quer seja por causa justificada (licença médica) ou por causa injustificadas ("um dia de folga"), sendo um dos construtos mais estudados no comportamento organizacional (Letvak *et al*., 2012). A natureza e a causa do absenteísmo refletem um comportamento complexo, e existem numerosos antecedentes, correlações e modelos usados para descrever esse comportamento que incluem: a demografia, o stresse no trabalho, opções de cariz económico, médico, cultural e perspetivas relacionadas com a organização e trabalho (Johns, 2011).

Sendo um dos problemas mais comuns no local de trabalho, o absenteísmo é um fenómeno envolto em grande complexidade (Johns, 2003). Em particular, o absenteísmo por doença (perda de produtividade e de dias de trabalho por condicionantes de saúde) constitui a principal causa de afastamento do trabalho e representa mais de 4% da perda de produtividade organizacional, ou uma média de 10,4 dias perdidos por empregado por ano (Halbesleben *et al*., 2014). Por outro lado, o absenteísmo voluntário ocorre quando um funcionário opta por se ausentar do local de trabalho, evitando situações de trabalho que lhe são adversas (Schaufeli *et al*., 2009) ou como forma de protesto contra condições de trabalho desagradáveis (por exemplo, a greve). Estes dias de falta voluntários são geralmente ausências de curta duração (um a dois dias) e são quantificados (e operacionalizados) em termos de frequência e não de duração (id; Steel, 2003.).

O absenteísmo involuntário pode ocorrer como uma reação ao sofrimento causado pelas exigências do trabalho (ibid.). Um funcionário pode adotar comportamentos de absenteísmo por incapacidade de lidar com situações stressantes no local de trabalho, como sobrecarga de trabalho, altos níveis de *burnout* e incapacidade de conciliar a vida profissional e a vida laboral (Schaufeli *et al*., 2009). Estes fatores stressantes podem, involuntariamente, tornar o funcionário incapaz de desempenhar as suas tarefas de trabalho. Em geral, o absenteísmo é o indicador de produtividade laboral mais utilizado (id).

O presenteísmo representa o estado compreendido entre o absenteísmo e o envolvimento totalmente produtivo no trabalho (Miraglia & Johns, 2016). Este estado pode incluir escolhas como trabalhar doente (por exemplo, no caso de doenças transmissíveis) e é influenciado por vários fatores: a legitimidade que o funcionário atribui à ausência (por exemplo, tipo e gravidade dos sintomas), características do trabalho (por exemplo, a exigência física na realização do trabalho), características pessoais e cultura do local de trabalho (Aronsson & Gustafsson, 2005; d'Errico *et al*., 2016; Halbesleben *et al*., 2014; Johansson & Lundberg, 2004; Johns, 2010; Roelen & Groothoff, 2010). Johns (2010) sugeriu que a subjetividade atribuída ao estado de saúde - doença, a relação entre absenteísmo e presenteísmo, insegurança no trabalho, atitudes e experiências de trabalho, personalidade e dinâmicas sociais desempenham papéis importantes na relação dinâmica entre presenteísmo e absenteísmo (cf. Figura 1).

Figura 1: Modelo dinâmico do absenteísmo ao presenteísmo (Adaptado de Garrow, 2016)



1.3. Relevância e impacto do fenómeno

O presenteísmo acarreta custos mais elevados comparativamente ao absenteísmo (Ammendolia *et al*., 2016; Goetzel *et al*., 2004). Se forem considerados os custos diretos e indiretos, o presenteísmo é responsável por 60-75% da perda de produtividade de uma organização. O presenteísmo afeta a saúde dos trabalhadores (Bergstrom *et al*., 2009; Kivimäki *et al*., 2005), qualidade e quantidade de trabalho (Hemp, 2004) e provoca danos

significativos no trabalho e na qualidade de vida (Brborovic *et al*., 2017; Miraglia & Johns, 2016). É importante ressalvar que o presenteísmo pode ter um impacto maior do que o absenteísmo na qualidade do atendimento prestado nas unidades de saúde, porque um funcionário apesar de estar presente no trabalho não corresponde plenamente às exigências da sua função (Letvak *et al*., 2012). Por seu lado, a saúde do trabalhador afeta diretamente a produtividade, especialmente em trabalhadores com grandes exigências físicas no local de trabalho. Os profissionais de saúde que prestam cuidados nas instituições de saúde realizam muitas tarefas fisicamente exigentes, incluindo trabalho em posições inadequadas, transferência de utentes, e ficar de pé por longos períodos de tempo. Assim, as condicionantes em saúde que estes profissionais podem apresentar, repercutem-se diretamente na qualidade dos cuidados prestados aos utentes (Letvak & Ruhm, 2010). Sintetizando, as consequências não se restringem exclusivamente aos funcionários, mas também às instituições onde pertencem.

Ao aumento do presenteísmo estão associados fatores organizacionais e políticas laborais, incluindo a ausência por incapacidade temporária para o trabalho (Johns, 2010) e emprego ocasional ou contigência de trabalho, pois há funções impossíveis de adiar, devido à pressão de tempo, dependência do trabalho em equipa e longas horas de trabalho (Aronsson & Gustafsson, 2000; Bockerman & Laukkanen, 2009; Nicholson *et al*., 2006).

O fenómeno do presenteísmo é significativo na prática da gestão de recursos humanos (RH). Na revisão de literatura realizada sobre riscos laborais nas empresas, Becker & Smidt (2016) identificam oito riscos associados aos RH que devem ser incorporados nos processos estratégicos de gestão de risco das empresas. O presenteísmo está associado a três riscos: (a) produtividade, (b) saúde e bem-estar dos funcionários e c) taxas/padrões de ausência. Os mesmos autores ressalvam que a inclusão do presenteísmo, além do absenteísmo, amplia o foco nos riscos que resultam dos funcionários que chegam ao trabalho doentes. Isso significa que uma gestão eficaz do presenteísmo pode contribuir para reduzir os riscos relacionados com RH e, portanto, ter um efeito positivo sobre o sucesso da organização. Também os resultados provenientes da correlação entre as práticas de trabalho e o desempenho da empresa indicam que o presenteísmo precisa ser

gerido sistematicamente para aumentar o sucesso de uma organização (Saridakis *et al*., 2017; van De Voorde *et al*., 2012).

O presenteísmo tem consequências tanto para o indivíduo quanto para a organização, como foi referido anteriormente. A evidência tem dado destaque principalmente para os efeitos negativos do presenteísmo. Todavia também podem ser encontrados efeitos positivos, designadamente um aumento na auto-estima devido à perceção de que uma pessoa é altamente produtiva e capaz de trabalhar apesar da doença, o que pode aumentar as hipóteses de progressão na carreira ou ganhar a admiração dos colegas de trabalho. Os efeitos positivos para a organização fazem-se sentir por um nível mais elevado de produtividade de um colaborador doente em comparação com um trabalhador ausente. Se as tarefas dos trabalhadores são altamente interdependentes, isso também implica que os colaboradores afetados serão capazes de manter um nível mais alto de desempenho, nomeadamente, em comparação com a ausência. No entanto, na maioria dos casos, o desempenho do funcionário doente será menor em comparação com o desempenho da pessoa saudável (Johns, 2011).

Apesar dos efeitos positivos descritos, a realidade é que riscos associados ao presenteísmo são significativamente maiores, quer para o indivúdo, quer para a organização. Miraglia e Johns (2016) apontam possíveis problemas de presenteísmo, como acidentes de trabalho, eventos adversos como a contaminação de bens de consumo e/ ou disseminação de vírus. As consequências possíveis desses eventos são múltiplas: corrigir produtos defeituosos, gerir reclamações de utentes, inadequada imagem organizacional e ausência de colegas de trabalho afetados. Todas estas consequências têm implicações financeiras para a organização.

Um efeito positivo do absenteísmo para os indivíduos é a recuperação da sua saúde (Cooper & Lu, 2016). No entanto há que ter em conta outras consequências: quantos mais dias um funcionário estiver ausente, mais difícil será alcançar as metas de desempenho, o que provavelmente terá um impacto na estabilidade financeira do trabalhador, mas também poderá diminuir as hipóteses de progressão. No que diz respeito a outras considerações é de se esperar que os funcionários com períodos prolongados de licença médica sejam vistos como menos produtivos e eficientes (Johns, 2010).

1.4. Instrumentos de medida do presenteísmo.

Na linha de pesquisa dos Estados Unidos da América, os instrumentos para medir o presenteísmo concentram-se nas doenças crónicas e nos prejuízos de desempenho ou nas perdas de produtividade que os acompanham. A motivação para concentrar-se nas perdas de produtividade promoveu a rápida proliferação de instrumentos de medição (Johns, 2010). De referir que a maioria dos instrumentos instrumentos existentes baseiam-se em autorrelatos de desempenho no trabalho e de avaliação do estado de saúde. (Lohaus e Habermann, 2019)

Num estudo de revisão sobre instrumentos que medem o presenteísmo, realizado por Ospina *et al*. (2015) foram identificados 21 instrumentos. No entanto, a grande maioria dos estudos circunscreve-se a 3 instrumentos, que incluem a versão curta da *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6 - Koopman *et al*., 2002), *Health and Work Performance Questionnaire* (HPQ), e o *Work Limitations Questionnaire* (WLQ - Lerner *et al*., 2001).

Estes e outros instrumentos comparáveis não são isentos de críticas; Johns (2010) argumenta que, quando o presenteísmo é reduzido a perdas de produtividade que são autorrelatadas, em relação às condições de saúde, isso pode levar a níveis sobreestimados de perda de produtividade. Além disso, para a maioria dos instrumentos que medem o presenteísmo, a validade de critério ainda precisa ser estabelecida (Ospina *et al*., 2015). Outro problema surge pelo fato dos instrumentos de medição acima descritos gerarem estimativas amplamente variáveis de perda de produtividade. Schultz e Edington (2007) apontam outros pontos críticos na conversão usual das medidas de presenteísmo em produtividade perdida e a tradução do presenteísmo em equivalentes financeiros. Devido à heterogeneidade da medição e às deficiências de mensuração, os custos estimados do presenteísmo apresentam grandes variações (Vanni *et al*., 2017). Outra grande crítica é que a produtividade dos funcionários com doença é comparada à sua produtividade quando estão saudáveis.

No entanto, o presenteísmo nem sempre é medido de forma tão abrangente como descrito pelos instrumentos acima mencionados. Os investigadores europeus têm recorrido frequentemente a uma medida de um único item [Quantas vezes, durante os últimos 12 meses, trabalhou embora o seu estado de saúde invocasse a necessidade de

gozo de licença médica?] (Elstad & Vabo, 2008; Hansen & Andersen, 2009; Johansson & Lundberg, 2004). Para esta questão, os entrevistados respondem utilizando escalas tipo *Likert*, que avaliam a frequência.

Todavia e independentemente da metodologia utilizada Johns (2010) identifica problemas nas abordagens que se referem e dependem da frequência do ato de presenteísmo. Dado que é solicitado aos funcionários que relatem a frequência com que evidenciaram o fenómeno do presenteísmo no passado (o período de tempo mais utilizado é de 30 dias) (Miraglia & Johns, 2016), as suas respostas podem ser distorcidas tendo em conta o viés recordatório.

2. COMPORTAMENTOS DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL (CCO)

2.1. Evolução do conceito de CCO

A definição de CCO contém 3 pontos-chave: a discricionariedade, a não-recompensa e a eficácia (Pina e Cunha *et al*., 2016: 332); os comportamentos definidos como discricionários são todos aqueles que não são "prescritos pelo papel ou descrição de funções, nem se integram claramente nos termos de contrato entre o indivíduo e a organização". Organ (1997) deteta dois grandes problemas associados a esta definição; por um lado, muitos dos comportamentos que costumam ser incluídos nas medidas de CCO, são, de fato, considerados parte integrante do cargo pelos decisores e até pelos próprios executantes desses mesmos cargos. Por outro lado, os papéis evoluem e o seu conteúdo não é estático. Este fenómeno ocorre pois as relações entre o líder e os membros não são estáticas e, se os papéis forem definidos em termos das expetativas oriundas dos "remetentes de papel", os CCO terão um conteúdo diferente consoante o remetente de referência (Pina e Cunha *et al*., 2016).

2.2. Antecedentes e características influenciadoras do CCO

Se os CCO são valorizados pelos gestores quando avaliam o desempenho dos seus colaboradores, e se é presumível que contribuam para a eficácia organizacional, torna-se pertinente estudar as razões que podem induzir as pessoas a adotá-los. Estudos realizados por Organ e Ryan (1995) apresentados em Rego (2000a), sugerem que as atitudes são mais relevantes que as características da personalidade.

A primeira variável relacionada com a atitude a receber a atenção dos investigadores foi a satisfação. A génese deste interesse pode ser encontrada num estudo de Organ (1977 *apud* Pina e Cunha *et al*., 2016: 347):

> que pretendia conciliar "por um lado, a crença dos leigos, segundo a qual a satisfação contribuía para o desempenho – os trabalhadores mais satisfeitos são mais produtivos – mas por outro lado investigações [Brayfield & Crockett (1955); Green (1973)] *demonstravam que existiam poucas razões para perfilhar esta crença*".

Organ argumenta que quando os académicos e os gestores se referem ao desempenho, pensam em dimensões do comportamento não inscritas nas medidas habitualmente usadas nas pesquisas. Segundo o mesmo autor, o "prático" concebe o desempenho como algo mais do que a quantidade de *outputs* ou cumprimento rigoroso de especificações técnicas, incluindo nele diversos atos que ajudam a funcionar a organização (como respeitar os outros/ recursos da organização e ser zeloso na procura do bem do grupo). Estes gestos cooperativos são eventualmente executados como modo de atuar reciprocamente para com a organização e os gestores, quando estes proporcionam experiências de trabalho satisfatórias (Pina e Cunha *et al*., 2016). Assim, é provável que a satisfação melhore o desempenho. A satisfação só por si não causa a produtividade porque está constrangida pelas aptidões pessoais, pela tecnologia, pelos recursos e pela estrutura organizacional (id, 2016).

Neste contexto, estudos apresentados por Pina e Cunha *et al.* (2016: 347) demonstraram que:

> efetivamente a satisfação se correlaciona com um tempo de desempenho – os comportamentos de cidadania organizacional (CCO). Organ (1988) prosseguiu com o estudo do fenómeno tendo chegado à conclusão de que muitas das medidas de satisfação incluem uma componente afetiva e outra cognitiva (outras são predominantemente cognitivas ou afetivas), o potencial explicativo da componente cognitiva para os CCO predomina sobre a afetiva e esses componentes cognitivos reflete julgamentos de justiça».

As perceções de justiça também podem ser influenciadas por várias variáveis, entre as quais a cultura organizacional e a justiça interacional, sendo que esta última tem assumido um maior protagonismo uma vez que os funcionários e colaboradores que são alvo de uma liderança abusiva, apresentam um declínio nos CCO e desta forma perceções negativas de justiça. Para além disso, a perceção de justiça pode atuar como uma variável moderadora, sobretudo nas pessoas que tem uma personalidade mais proactiva. Estas tenderão a adotar CCO sendo que essa tendência poderá ser mais forte quando percecionam justiça interacional (Pina e Cunha *et al*., 2016; Rego, 2000; 2002).

Existem outras variáveis com potencial impacto sobre os CCO (cf. quadro 1), as pessoas com maiores níveis de confiança na organização e suas autoridades, com elevado grau de empenhamento organizacional, com perceções positivas de apoio organizacional e

sentido psicológico de comunidade de trabalho tendem a adotar comportamentos de cidadania mais evidentes do que os restantes (Podsakoff *et a*l., 2000; Pina e Cunha *et al*., 2016; Rego, 2000; 2002).

Quadro 1: Antecedentes dos CCO(Adaptado de Pina e Cunha et al., 2016)

Atitudes	Definição/ Operacionalização	Causas/ Atitudes
Satisfação	As pessoas mais satisfeitas com o trabalho, a organização e as suas chefias tendem a atuar reciprocamente, adotando, por exemplo, comportamentos de ajuda, sugestões construtivas, atos de lealdade organizacional	Trabalho desafiante, enriquecimento e alargamento das tarefas, receção de feedback do desempenho, remuneração justa, condições físicas de trabalho agradáveis, apoio os colegas, participação na tomada de decisão.
Perceções de Justiça	Os funcionários e colaboradores com perceções de justiça mais positivas podem adotar mais CCO porque adquirem índices superiores de confiança, estabelecem com a sua organização uma relação de troca social e desejam agir reciprocamente para com quem as beneficia	Justiça distributiva (salários, classificações de desempenho, sanções disciplinares são justas) Justiça procedimental (justiça nos procedimentos relativa aos salários, avaliações de desempenho, ações disciplinares, existência de mecanismos de apelo/ recurso Justiça procedimental (as chefias trata os funcionários e colaboradores com dignidade, respeito, fraqueza, consideração e verdade)
Confiança	A confiança na organização pode constituir-se como um verdadeiro "lubrificante" dos sistemas sociais, suscitar relações vinculativas entre as pessoas e a organização, predispor as pessoas para contratos sociais – mais do que para contratos transacionais	Os chefes e os gestores dão mostras de ter carater, são íntegros, leais, competentes, atuam com boa-fé, são benevolentes, cumprem as promessas, são consistentes nos procedimentos
Empenhamento Organizacional	O empenho pode ser descrito como um estado psicológico de ligação à organização. É geralmente assumido (e empiricamente verificado) que as pessoas mais empenhadas tendem a disponibilizar-se para fazer sacrifícios pessoais em prol da organização	Os funcionários e colaboradores de uma organização estão satisfeitos e têm perceções de justiça positivas. Existe congruência entre a cultura/ valores de uma organização e os valores das pessoas. Os chefes e os gestores são amistosos e apoiantes. Existe uma política de promoções e planos de formação, remuneração e benefícios.
Apoio Organizacional Percecionado (AOP)	O AOP pode ser descrito como o grau em que as pessoas percecionam que a organização os valoriza e cuida do seu bem-estar. Quando essas perceções são positivas, as pessoas sentem que tem obrigação de agir, reciprocamente, empenham-se na vida organizacional, adquirem sentimentos de confiança, faltam menos ao trabalho, diminuem as suas intenções de saída	Ações organizacionais orientadas para a família. Experiências (formais e informais) de formação e desenvolvimento. Ações dos gestores reveladoras de atenção, consideração e zelo. A gestão de topo comunica com sinceridade e é de confiança.
Sentimento psicológico de comunidade de trabalho	Quando os funcionários e s colaboradores sentem que trabalham numa organização caraterizada por segurança emocional, apoio dos colegas, orientação para a equipa, ligação espiritual, sentido de pertença, tolerância para as diferenças individuais, vizinhança ou sentido de coletivismo, adquirem um sentido psicológico de comunidade de trabalho que as induz a irem mais além e a empenharem-se no melhor funcionamento do grupo e da organização	A organização adota políticas que geram relações de troca social com os seus funcionários e colaboradores. O clima geral é de confiança, abertura e participação, havendo partilha de informação e os conflitos e diferendos são geridos com observância das regras do respeito.

2.3. Dimensões da cidadania organizacional

A cidadania organizacional representa, inquestionavelmente um construto multidimensional. Numa das primeiras operacionalizações do construto emergiram duas grandes categorias fatoriais:

- Altruísmo, que é uma categoria relativa a comportamentos direta e indiretamente dirigidos para a ajuda a pessoas específicas: ajudar as pessoas que estiveram ausentes, voluntariar-se para ações não requeridas, orientar os recém-chegados (mesmo que para tal não seja requerido), ajudar os colegas que têm trabalhos duros ou apoiar supervisores;
- Obediência geral, mais tarde rebatizada como conscienciosidade, que é uma categoria que assume um aspeto mais impessoal e respeita a comportamentos que não proporcionam ajuda imediata a qualquer pessoa específica, mas que, indiretamente ajudam os outros atores envolvidos no sistema: ser pontual, não fazer intervalos desnecessários, não gastar de recursos organizacionais para tratar de assuntos pessoais.

Esta dicotomia caracterizada pela existência de CCO de natureza pessoal *versus* CCO de natureza mais impessoal/ organizacional assenta na lógica da reciprocidade, isto é, os CCO dirigidos à organização são executados como resposta ao modo como a organização atua para com os indivíduos, ao passo que, os CCO dirigidos aos indivíduos são levados a cabo para responder reciprocamente a atos desses indivíduos (cf. Quadro 2).

Quadro 2: Duas Categorias de CCO - Fonte: Pina e Cunha et al., 2016

Categorias	O "Bom Cidadão Organizacional"
CCO dirigidos à Organização	• Tem uma assiduidade extraordinária • Informa com antecedência às faltas no trabalho • Adere às regras informais destinadas a manter a ordem • Não se serve dos recursos da empresa para uso pessoal
CCO dirigidos aos indivíduos	• Ajuda os colegas que estiveram ausentes ou que têm trabalhos difíceis para realizar • Disponibiliza-se para ouvir os problemas dos colegas • Passa informações aos colegas

Estudos desenvolvidos por MacKenzie *et al*. (1991), Organ (1997) e Podsakoff *et al*. (2000), propuseram uma nova definição, multidimensional dos CCO. Esta dimensionalização é descrita como sendo penta-partida e inclui as seguintes dimensões e características:

- Conscienciosidade: Em que o funcionário executa as suas atividades de um modo que ultrapassa os requisitos mínimos ou o normalmente esperado; este tipo de comportamento manifesta-se por uma assiduidade acima do normal, cumprimento de regras e os regulamentos mesmo quando ninguém vê e não gasta o tempo de trabalho e os recursos organizacionais para tratar de assuntos pessoais;
- Desportivismo: No qual funcionário evita queixas perante os problemas, tolerando circunstâncias incómodas sem lamentos excessivos; este tipo de comportamento manifesta-se por não haver um dispêndio de tempo a queixar-se de assuntos triviais, não haver ressentimentos perante mudanças na organização e não haver focalização sistemática no que corre menos bem na organização;
- Virtude cívica: O funcionário revela envolvimento e participação responsável na vida política da organização; este tipo de comportamento manifesta-se pela execução de tarefas que não são requeridas, mas que beneficiam a imagem da organização, como por exemplo, pela participação em reuniões a que não está obrigado e pelo conhecimento de assuntos importantes para a organização;
- Altruísmo: Em que o funcionário ajuda pessoas específicas com problemas ou tarefas organizacionalmente relevantes; este tipo de comportamento manifesta-se pela ajuda a pessoas que estiveram ausentes, pelo apoio a quem tem sobrecarga de trabalho e ajuda aos membros mais recentes na organização;
- Cortesia: O funcionário comporta-se de modo a prevenir a ocorrência de problemas com os outros; este tipo de comportamento manifesta-se por cautela com atos que possam afetar os postos de trabalho de outros funcionários, não havendo abuso dos direitos dos outros, mas antes precaução com o impacto das ações sobre os outros funcionários da organização.

Posteriormente Podasakoff *et al*. (2000) identificaram cerca de 30 formas diferentes de CCO, embora tenham circunscrito a sete grandes dimensões:

- Comportamento de ajuda: que emerge em quase todos os estudos que se debruçam sobre o CCO. Integra o altruísmo, a cortesia, o pacifismo e o encorajamento;
- Desportivismo: que têm recebido menor atenção na literatura que os comportamentos de ajuda. Segundo Organ (1990 *apud* Pina e Cunha *et al*. 2016: 337) estes comportamentos são definidos como "uma vontade de tolerar os inevitáveis inconvenientes e imposições do trabalho sem queixumes". Por outro lado, Podsakoff *et al*. (2000) consideram esta classificação insuficiente, tendo proposto a integração da atitude positiva quando as coisas não correm bem, não ficar ofendido quando os outros não seguem as nossas sugestões, a disponibilidade para sacrificar interesses pessoais em prol do grupo, e não entender a rejeição das nossas ideias como sendo de natureza pessoal. Esta categoria é distinta e os seus antecedentes são distintos das outras categorias.
- Lealdade organizacional: que inclui comportamentos de benevolência para com a organização, a proteção dos seus recursos, o apoio e defesa dos seus objetivos. Segundo Podsakoff *et al*. (2000 *apud* Pina e Cunha *et al*. 2016: 338) "esta dimensão compreende a promoção da organização junto de entidades externas, a sua proteção e defesa perante ameaças externas, e a manutenção do empenhamento mesmo sob condições adversas";
- Obediência organizacional: que assume grande protagonismo no âmbito dos CCO e inclui a internalização e aceitação das regras organizacionais, regulamentos e procedimentos, daí advindo uma escrupulosa adesão às mesmas, mesmo quando ninguém está a observar ou a vigiar. Para Podsakoff (2000) esta definição pode transformar a dimensão num comportamento próprio do papel, uma vez que é expectável que todos os funcionários obedeçam às normas, regras e procedimentos organizacionais. Todavia, o que na prática acontece é que nem todos os funcionários se comportam desse modo; o funcionário que obedece religiosamente a todas as regras e regulamentos mesmo quando ninguém assiste, é considerado como bom cidadão. Considera-se, contudo, que em alguns casos a desobediência pode servir altos valores, sendo aí, paradoxalmente um exemplo de cidadania. Por exemplo, a ideia de que os fins justificam os meios pode gerar

comportamentos aceites pela organização, porém colidentes com a ética ou eventualmente até com a lei (Pina e Cunha *et al*., 2016; Rego, 2000; 2002).

- Iniciativa individual: que inclui os atos voluntários de criatividade e inovação tendo em vista melhorar a execução das próprias tarefas do desempenho organizacional, a persistência e o entusiasmo no desempenho do próprio cargo, o voluntariado para aceitar responsabilidades extra e encorajar os outros para atuar de idêntico modo. Parece ser uma das dimensões cuja diferenciação face aos comportamentos do próprio papel é mais difícil, pois a diferença decorre mais do grau em que os comportamentos são executados, do que propriamente da natureza dos mesmos (Podsakoff, 2000); Estes comportamentos apenas são atos de cidadania quando ultrapassam o nível esperado, isto é, quando estão acima, e para além das obrigações inerentes ao cargo (Pina e Cunha *et al*., 2016; Rego, 2000; 2002);
- Virtude cívica: que representa os interesses da organização como um todo, e a defesa dos seus interesses. Integra a participação ativa no governo da organização (participação em reuniões e nos debates sobre as políticas organizacionais, expressão de opiniões acerca da estratégia a seguir pela organização), a monitorização do ambiente tendo em vista a deteção de ameaças e oportunidades (através da perceção das mudanças no setor que podem afetar a organização) e a preocupação com os melhores interesses, incluíndo os pessoais (denunciar atividades suspeitas, fechar portas que impeçam furtos) (Pina e Cunha *et al*., 2016; Rego, 2000; 2002);
- Autodesenvolvimento: que abrange os comportamentos voluntários que os colaboradores levam a cabo tendo em vista a melhoria dos seus próprios conhecimentos, competências e aptidões. Abrange a frequência de cursos de formação, a atualização constante nos recentes desenvolvimentos de uma área de conhecimentos ou de negócios, e a aprendizagem de matérias que possam contribuir para a melhoria do desempenho individual (Pina e Cunha *et al*., 2016; Rego, 2000; 2002). Para Podsakoff *et al*. (2000) esta dimensão não tem recebido a confirmação empírica na literatura, embora deva ser distinguida de outras dimensões de cidadania, sendo igualmente expectável que contribua para a melhoria da eficácia organizacional.

Rego (1999) desenvolveu o primeiro estudo sobre CCO em Portugal, tendo inquirido 338 gestores de empresas, de forma a classificar os CCO dos seus funcionários e colaboradores. Deste estudo emergiram quatro dimensões (cf. Quadro 3): o espírito de iniciativa, conscienciosidade, identificação com a organização e uma nova categoria, distinta de todas as anteriormente designadas e que foi designada por harmonia interpessoal.

Quadro 3: Dimensões de cidadania organizacional em empresas que operam em Portugal - Fonte: Pina e Cunha et al., 2016

Categorias	Dimensões
Harmonia interpessoal	• Ter espírito de camaradagem • Partilhar experiências e conhecimentos com os outros • Não falar mal dos outros quando estão ausentes • Não "passar a vida" a lamentar-se dos "privilégios" dos outros • Ter espírito de equipa
Espírito de equipa	• Trazer soluções para os problemas (e não apenas os problemas) • Fazer sugestões de melhoria para a organização • Apresentar soluções construtivas • Tentar resolver problemas antes de apresentá-los ao chefe • Procurar melhorar espontaneamente os próprios conhecimentos, competências e capacidades
Conscienciosidade	• Avisar com antecedência quando não se pode comparecer ao trabalho • Não tratar de assuntos pessoais durante o horário de trabalho • Fazer o trabalho com rigor e seriedade
Identificação com a organização	• Ser leal com a organização • Fazer esforços-extra para beneficiá-la (mesmo com prejuízo pessoal) • Promover os produtos e serviços da organização junto de familiares e amigos

Estas quatro categorias emergiram novamente num estudo de CCO com 294 colaboradores, realizado em Taiwan. A presença da harmonia pessoal, simultaneamente em Portugal e Taiwan é especialmente importante pelo fato dos dois países denotarem

perfis bastante semelhantes entre si (e simétricos aos perfis dos Estados Unidos e do Reino Unido).

2.4. CC0 e Eficácia Organizacional

Um dos primeiros indícios de que os CCO podem contribuir para a eficácia organizacional foi encontrada em estudos desenvolvidos por Mackenzie *et al*. (1991) que dão evidência de que os gestores ponderam os CCO quando avaliam o desempenho global dos seus funcionários e colaboradores. Outros autores como Motowidlo (1999) referido em Pina e Cunha *et al*. (2016) consideram que as decisões dos gestores acerca da promoção, remuneração e formação dos seus colaboradores são influenciados pelos CCO. Aliás, a própria decisão de contratação de um novo colaborador parece ser afetada pela avaliação que o entrevistador faz das suas respostas relativamente aos CCO. Noutro estudo realizado por Podsakoff *et al*. (2011) igualmente referido em Pina e Cunha *et al*. (2016) verificou-se que de uma forma geral, os entrevistados que apresentavam maiores níveis de CCO eram avaliados como mais competentes, recebiam avaliações globais mais positivas e recebiam propostas de salário mais elevadas.

Rego (1999) solicitou a 338 gestores que descrevessem os CCO de um dos seus funcionários/ colaboradores e que lhes atribuíssem uma cotação de desempenho global numa escala de 1 (péssimo colaborador) a 20 (excelente colaborador). Verificou que as quatro categorias de CCO, atrás mencionadas, explicam cerca de 70% da variância da cotação de desempenho. Foi detetada, ainda, a existência de agrupamentos de colaboradores (corteses mas indolentes; indolentes e rudes; apenas conscienciosos; corteses e conscienciosos; regulares; profissionais zelosos e proativos; exemplares), sendo que as cotações globais de desempenho mais positivas foram atribuídas às pessoas com elevadas cotações nas quatro categorias de cidadania. Assim os grupos:

- Grupo 1: *Corteses mas indolentes*: estes colaboradores são razoavelmente bem cotados em harmonia interpessoal, mas muito pouco pontuados nas restantes três dimensões. Relativamente aos elementos dos restantes grupos, são os que denotam menor índice de iniciativa, sendo considerados uma espécie de "bons rapazes" que cultivam o bom relacionamento interpessoal, mas pouco conscienciosos no seu trabalho, fracamente identificados com a organização em

que exercem atividade e detentores de uma postura assinalavelmente passiva. Recebem a mais fraca cotação do desempenho global;

- Grupo 2: *Indolentes e rudes:* estes colaboradores recebem muito fraca pontuação em todas as dimensões de cidadania, o que se traduz num fraco espírito de equipa, desleixo no trabalho, fraca identificação com a organização e sofrível espírito de iniciativa. São alvo de uma fraca cotação de desempenho por parte do gestor com quem trabalham, embora superior à que caracteriza o grupo anterior. Esta diferença deve-se, porventura ao fato de serem menos passivos;
- Grupo 3: *Apenas conscienciosos*: estes funcionários foram assim adjetivados por apresentarem uma pontuação média na dimensão homónima. Não são harmoniosos, denotam fraca identificação com a organização e comportam-se com uma passividade similar à que caracteriza o grupo anterior. Recebem uma modesta cotação de desempenho, embora superior à característica dos grupos anteriores. A diferença positiva que manifestam relativamente aos membros do grupo 1 deve-se possivelmente, ao fato de agirem com mais espírito de iniciativa e maior pendor consciencioso. Na comparação com o grupo 2 projetam um perfil menos desarmonioso, mais consciencioso e um pouco menos passivo.
- Grupo 4: *Corteses e conscienciosos*: estes funcionários recebem esta denominação por serem razoavelmente bem pontuados nas dimensões harmonia e conscienciosidade. Por outro lado, embora expressem alguma carência de iniciativa e fraca identificação com a organização, projetam um perfil menos passivo e descomprometido do que o desenhado para grupos anteriores. Porventura, é nesta comparação favorável que está sustentada a razoável cotação de desempenho que os seus superiores lhes imputaram;
- Grupo 5: *Regulares*: esta classificação é atribuída pela regularidade e normalidade das pontuações nas quatro dimensões de cidadania: todas as pontuações se situam num nível médio e são bastante homogéneas;
- Grupo 6: *Zelosos e proativos*: Os funcionários deste grupo revelam excelente e harmonioso espírito de equipa, são conscienciosos no seu trabalho comportam-se com um espírito de iniciativa assinalável mas não se identificam com a organização. Assemelham-se a profissionais exemplares, empenhados no seu trabalho e no seu relacionamento interpessoal, mas posicionados como se

obedecessem a padrões de desempenho cuja observância pode ocorrer tanto na organização onde trabalham como noutra qualquer. São muito bem cotados no desempenho global, embora não tanto como elementos do grupo 7.

- Grupo 7: *Exemplares*: a providência da diferença reside numa postura comportamental diferente dos outros grupos, claramente bastante mais identificada com a organização e pautando-se por um elevado espírito de harmonia, forte conscienciosidade, vincada inclinação proativa e assinalável implicação na organização.

2.5. Os Enfermeiros como Cidadãos Organizacionais

Dada a carência de estudos em Portugal sobre CCO na área da saúde, e especificamente no grupo profissional dos Enfermeiros que exercem funções em ambiente hospitalar, Gaspar e Jesuíno (2009), partindo do construto elaborado por Rego (199), procuraram elaborar um questionário de CCO que ultrapassasse essa lacuna. Para isso, reuniram um painel de peritos (chefias operacionais de enfermagem e gestores ao nível estratégico) que descrevessem os comportamentos dos enfermeiros passíveis de serem reconhecidos e descritos como CCO. Essta recolha de informação foi realizada através de uma entrevista exploratória, onde os inquiridos descreviam as características de um enfermeiro exemplar, com relato de pelo menos três situações discriminatórias de CCO, bem como observação de incidentes críticos ocorridos durante o contato com enfermeiros na prestação de cuidados. Deste processo resultaram 70 entrevistas, que permitiram identificar os CCO dos enfermeiros, tendo sido agrupados em três áreas: (1) relação com a organização e supervisor direto (enfermeiro-chefe); (2) relação com os colegas (pares) e outros profissionais; e (3) relação com o utente.

Realizado o enquadramento concetual do fenómeno em análise, segue-se a componente empírica que irá partir da explicitação acerca da problemática e do objeto de estudo. Posteriormente serão discutidas e fundamentadas todas as opções metodológicas levadas a cabo, bem como apresentados e discutidos os resultados encontrados. Finalmente serão identificadas as principais conclusões e implicações dos resultados, as limitações teórico-metodológicas e algumas sugestões para futuras investigações.

(Esta página foi propositadamente deixada em branco)

3. ESTUDO EMPÍRICO

3.1. Da Problemática ao Objeto de Estudo

Quer o presenteísmo, quer os comportamentos de cidadania organizacional têm-se constituído como grandes desafios para os líderes e gestores, em particular das instituições de saúde. A problemática do presenteísmo tem sido estudada em vários países do mundo, incluindo Portugal (Ferreira *et al*., 2010; Martínez e Ferreira, 2011; Laranjeira, 2013; Santos, 2014), sendo que os estudos nacionais debruçam-se sobretudo na obtenção de instrumentos validados culturalmente para a realidade socio-cultural portuguesa e na aplicação destes em amostras com características específicas.

No que concerne à avaliação dos CCO especificamente em enfermeiros, os estudos realizados em Portugal são escassos, confinados a pequenas áreas geográficas e amostras com características muito específicas. Um estudo realizado por Nunes (2013) caracteriza a perceção de justiça e os comportamentos de cidadania organizacional em enfermeiros portugueses. Dos resultados deste estudo emergem que os enfermeiros apresentam comportamentos de cidadania organizacional dirigidos à pessoa e à organização.

As aspirações pessoais que nos impelem a realizar estudo vão ao encontro do interesse em obter conhecimento da problemática presenteísmo e caracterizar os enfermeiros portugueses de acordo com os seus CCO. Enquanto profissionais diferenciados no âmbito da gestão das organizações de saúde, impele-nos a necessidade e o desafio de conhecer e diagnosticar este fenómeno o mais precocemente possível e, tomar as diligências necessárias para que que os profissionais de saúde sobre os quais temos responsabilidade laboral, apresentem níveis de saúde e bem-estar físico, emocional e social para que o seu desempenho e produtividade não seja comprometido. Para além disso, é nosso almejo conhecer estratégias para fomentar e potencializar CCO em instituição de saúde.

No âmbito científico e social, a realização deste estudo vem ao encontro da necessidade de realização de um diagnóstico de situação sobre presenteísmo e caracterizar o CCO nos enfermeiros portugueses, uma vez que os estudos existentes não apresentam uma abrangência nacional, e como foi referido anteriormente os estudos que existem apresentam amostras com características muito específicas. Inerente a esta necessidade,

junta-se o fato de obter indicadores de qualidade que sensibilizem os gestores, líderes e todos os agentes que estão envolvidos na tomada de decisão no âmbito das políticas de saúde para a problemática que constitui o presenteísmo.

3.2. Questão de Investigação e Objetivos

A questão de investigação é um elemento importante no estudo porque permite coordenar e especificar os aspetos a estudar, determinando o método que deve ser utilizado para obter novas respostas, sendo uma interrogação referente a um domínio para explorar (Fortin, 2009).

A formulação de questões de investigação constitui uma das etapas fundamentais no processo de investigação, dado que precisa o objetivo e delimita as variáveis de investigação e a população estudada. As questões de investigação são enunciadas interrogativas, escritas no presente, mais específicas que os objetivos, orientando o investigador a encontrar as respostas da investigação. Ou seja, "as questões decorrem diretamente do objetivo e precisam a informação que se quer obter" (Fortin, 2009:72).

Pretende-se, sob a forma de questões de partida, dar início à primeira etapa do processo de investigação. Foram assim enunciadas as seguintes questões:

Questão 1: Quais são as variáveis sociodemográficas (idade, género, habilitações literárias, organização, antiguidade na organização, antiguidade na função, vínculo laboral, regime de trabalho e categoria profissional) e de saúde que melhor se relacionam com o presenteísmo e com os comportamentos de cidadania organizacional?

Questão 2: Como se caracterizam os comportamentos de cidadania organizacional dos enfermeiros participantes no estudo?

Questão 3: Quais são as características de presenteísmo nos enfermeiros que participantes no estudo?

Questão 4: Existe relação entre as variáveis presenteísmo e os comportamentos de cidadania organizacional?

Como objetivos de investigação preconizámos:

Objetivo 1: Avaliar os comportamentos de cidadania organizacional dos Enfermeiros portugueses;

Objetivo 2: Identificar comportamentos de presenteísmo (diagnosticados e não diagnosticados);

Objetivo 3: Avaliar a relação entre o presenteísmo e os comportamentos de cidadania organizacional;

As finalidades de investigação do presente estudo são:

Finalidade 1: Sensibilizar a sociedade para a problemática do presenteísmo associada aos cuidados de Enfermagem;

Finalidade 2: Fomentar uma prática de gestão fundamentada em evidência científica;

Finalidade 3: Valorizar os riscos psicossociais nos contextos laborais.

3.3. Tipo de Estudo

O estudo apresentado enquadra-se nas metodologias de carácter quantitativo, descritivo-correlacional, transversal e retrospetivo.

É um estudo de âmbito quantitativo uma vez os dados recolhidos têm por base uma análise numérica e estatística; a investigação quantitativa baseia-se na observação de fatos objetivos, tendo como finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos (Fortin, 2009).

O desenho do estudo é descritivo-correlacional uma vez que explora a relação entre variáveis e descreve-as.

O estudo é transversal, uma vez que tem como objectivo procurar associações comuns entre fatores e as medições são feitas num único momento. Neste tipo de estudo, o investigador tem que, primeiro, definir a questão a responder, depois definir a população a estudar e um método de escolha da amostra e por último, definir os fenómenos a

estudar e os métodos de medição das variáveis de interesse (Coutinho, 2019). O estudo transversal tem como objetivo medir a frequência de um acontecimento ou grupos de indivíduos, num determinado tempo, em relação a um fenómeno presente no momento de investigação (Fortin, 2009), sendo que no nosso estudo os fenómenos que se pretendem avaliar são o presenteísmo e os comportamentos de cidadania organizacional.

O estudo é um estudo retrospectivo, uma vez que dá enfoque a comportamentos que foram realizados no passado.

3.4. Variáveis

As questões de investigação e as hipóteses comportam variáveis. As variáveis são a unidade básica de investigação, qualidades, propriedades ou características das pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo e tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controladas (Fortin, 2009). Variável é "um atributo que reflete ou expressa um conceito ou constructo e pode assumir diferentes valores" (Coutinho, 2019:71).

As variáveis podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação, podendo ser classificadas de independentes, dependentes, de atributo ou de investigação (Fortin, 2009). A variável central é aquela que o investigador pretende compreender, explicar ou prever, é influenciada pela variável independente e altera-se consoante as mudanças por ela originadas sendo fundamental em qualquer estudo (Fortin, 2009).

Relativamente ao estudo que estamos a apresentar, as variáveis centrais (cf. Quadro 4) são o presenteísmo e os comportamentos de cidadania organizacional.

Quadro 4: Variáveis Centrais

Variável Central	**Definição**
Presenteísmo	Fenómeno no qual, as pessoas vão trabalhar apesar da falta de saúde (o que normalmente exigiria repouso e ausência) com consequente fracasso em atuar com plena capacidade (Aronsson & Gustafsson, 2005; Vingård *et al*., 2004).
Comportamentos de Cidadania Organizacional	Comportamentos discricionários, não direta ou explicitamente reconhecidos pelo sistema de recompensa formal, não exigidos formalmente pelo papel ou descrição de cargo, e que, alegadamente, promovem o funcionamento eficaz da organização (Organ, 1997, *apud* Pina e Cunha *et al*., 2017)

O presenteísmo é avaliado por dois instrumentos de avaliação, o *Work Limitations Questionnaire* (WLQ-8) e o *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6). Os CCO foram avaliados pela Escala de Comportamentos de Cidadania Organizacional.

As variáveis de atributo são características pré-existentes dos participantes num estudo (Fortin, 2009). Dentro do nosso estudo incluímos as seguintes variáveis de atributo (cf. Quadro 5)

Quadro 5: Variáveis de atributo e sua operacionalização

Variável de atributo	Operacionalização
Género Características que identificam e diferenciam homem e mulher	1. Feminino 2.Masculino
Idade Período de tempo compreendido entre o nascimento e o momento de preenchimento do questionário	1.medido em anos 2.seleccionado classe de anos em que se enquadra
Habilitações literárias Grau de instrução escolar que o individuo atingiu até ao preenchimento do questionário	1.Bacharelato 2.Licenciatura 3.Mestrado 4.Doutoramento
Localização geográfica Zona do país onde está adstrita a instituição de saúde onde presta cuidados	1.Norte 2.Centro 3.Lisboa e Vale do Tejo 4.Alentejo 5.Algarve 6.Açores 7.Madeira
Organização onde trabalha Tipologia de financiamento da instituição onde presta os cuidados	1.Pública 2.Privada 3.Parceria Público-Privada (PPP)
Tipologia de Organização Valências da instituição onde presta cuidados de saúde	1.Cuidados de Saúde Primários 2.Cuidados de Saúde Diferenciados 3.Cuidados Continuados Integrados/ 4.Cuidados Paliativos 5.Instituição Privada de Solidariedade Social 6.Instituição de Saúde Privada 7.Instituto Público
Antiguidade na Organização Número de anos compreendidos desde a admissão até ao momento de preenchimento do questionário	Medido em anos
Antiguidade na função Número de anos compreendidos entre a certificação para o exercício profissional de Enfermagem e o momento de preenchimento do questionário	Medido em anos
Vínculo Laboral Relação jurídica com a instituição de saúde	1.Contrato de Trabalho da Função Pública (CTFP) 2.Contrato Individual de Trabalho (CIT) 3.Prestação de Serviços/ Recibos Verdes

Quadro5: Variáveis de atributo e sua operacionalização (continuação)

Variável de atributo	Operacionalização
Título Profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros Certificação para o exercício profissional atribuída pela Ordem dos Enfermeiros	1.Enfermeiro 2.Enfermeiro Especialista
Especialidade em Enfermagem Título de Enfermeiro Especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros	1.Nenhuma 2.Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica 3.Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 4.Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 5.Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação 6.Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica 7.Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
Categoria Profissional Grupo onde se enquadra dentro da carreira de Enfermagem	1.Enfermeiro 2.Enfermeiro Graduado 3.Enfermeiro Especialista 4.Enfermeiro Chefe 5.Enfermeiro Supervisor 6.Enfermeiro Diretor
Condição prévia de doença Situação de compromisso de bem-estar físico, emocional ou social anteriormente diagnosticada	1.Não 2.Sim, com diagnóstico inferior a 6 meses 3.Sim, com diagnóstico superior a 6 meses

3.5. Hipóteses

Uma hipótese é a previsão de resposta para o problema de investigação (Coutinho, 2019). É um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. A hipótese combina o problema e o objetivo, numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo. As hipóteses são a base da expansão dos conhecimentos, quando se trata de refutar uma teoria ou de a apoiar (Fortin, 2009).

Hipótese 1: Existe correlação positiva os comportamentos de cidadania organizacional e o presenteísmo;

Hipótese 2: Os comportamentos de cidadania organizacional são correlacionados com as variáveis:

a) sociodemográficas;

b) clínicas;
c) profissionais;

Hipótese 3: Existe correlação entre o presenteísmo e as variáveis:

a) sociodemográficas;
b) clínicas;
c) profissionais.

3.6. População e amostra

O universo deste estudo incluiu todos os enfermeiros inscritos na OE, que exercem funções em instituições de saúde portuguesas, (sejam elas de natureza pública, privada ou público-privada). Assumiram-se como critérios de inclusão enfermeiros com atividade clínica e/ ou gestão em instituições nas modalidades referidas e que demonstraram vontade em participar no estudo. Foram excluídos deste estudo enfermeiros em atividade de docência em instituições de ensino superior, em regime de exclusividade.

A amostra é o conjunto dos sujeitos de quem se recolherá dados e deve ter as mesmas características das da polução de onde foi extraída (Coutinho, 2019). A amostragem é um processo de seleção dos indivíduos que participam num estudo (Coutinho, 2019).

Para o nosso estudo a amostra é entendida como probabilística, uma vez que os enfermeiros participantes tinham uma chance igual ou maior que zero de serem selecionados para compor a amostra.

No total participaram 424 enfermeiros no preenchimento do questionário, tendo sido todos considerados elegíveis. Para garantir um maior volume de respostas, o questionário foi aplicado numa fase do ano em que a ausência motivada por férias era em menor número. Não houve qualquer compensação económica/ financeira pelo preenchimento do estudo.

3.7. Considerações éticas – formais

A investigação aplicada a seres humanos pode produzir danos aos direitos e à liberdade da pessoa. Desta forma, é crucial tomar todas as precauções necessárias para proteger os direitos e a liberdade das pessoas que participam no estudo (Fortin, 2009).

Neste estudo foram respeitados os princípios éticos baseados no respeito e na dignidade humana: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e equidade, o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes e a redução dos inconvenientes (Fortin, 2009).

Foi garantido o anonimato e o sigilo tendo os dados que foram obtidos pelo estudo permanecido confidenciais. O investigador principal empenhou-se em garantir a segurança dos dados, uma vez que a base de dados estava salvaguardada por uma palavra-passe, a qual, apenas o investigador principal tinha acesso.

Não havia qualquer compensação económica no preenchimento do questionário e a qualquer momento do estudo, o inquirido poderia desistir, sem que houvesse qualquer prejuízo para o próprio.

Todo o procedimento de colheita de dados teve por base os pressupostos legais consignados no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados 2016/679.

Para que o estudo fosse exequível, foram tomadas as seguintes diligências:

- Reunião com a coordenação pedagógica do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (FEUC) e apresentação da temática proposta;
- Elaboração de um projeto de investigação e apresentação do mesmo aos orientadores a fim de obter orientação, supervisão e monitorização do estudo a elaborar;
- Solicitação, por via de pedido formal, aos autores das escalas portuguesas para as utilizar no estudo a realizar;
- Solicitação de um parecer ético, tendo sido escolhida a Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- Solicitação de pedido de colaboração para a investigação, dirigido à Comissão de Investigação e Desenvolvimento da Ordem dos Enfermeiros (OE), tendo por base o Parecer n.º 51/2013 do Conselho de Enfermagem.

3.8. Instrumentos de Colheitas de Dados

A escolha do método de colheita de dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou da variável e dos instrumentos disponíveis. Os questionários, as escalas de medida e as observações estruturadas, são os métodos de escolha mais apropriados. Estes devem ser os mais convenientes, sendo válidos e fidedignos, de forma a evitar problemas de validade interna, e responder às questões de investigação e verificar as hipóteses (Fortin, 2009).

A *Work Limitations Questionnaire* (WLQ-8) é uma escala que permite medir o grau em que as doenças crónicas interferem com aspetos específicos do desempenho no trabalho e o impacto dessas limitações na produtividade (Lerner, *et al*., 2001; Santos, 2014). Em 2004 e a partir da versão original constituída por 25 itens (WLQ-25) surge a versão reduzida da *Work Limitations Questionnaire* (WLQ-8) que apresenta oito itens, avaliados numa escala de 5 pontos: (1) discordo totalmente; (2) discordo parcialmente; (3) não concordo nem discordo; (4) concordo parcialmente (5) concordo totalmente (Ferreira *et al.*, 2010). Do ponto de vista da validade, este instrumento apresenta-se como uma boa opção para avaliar o impacto das doenças crónicas no contexto laboral. Segundo Ozminkowski *et al*. (2004), a WLQ-8 fornece uma imagem adequada do papel da saúde do trabalhador na produtividade do trabalho (Santos, 2014).
A pontuação das escalas representa o volume de trabalho que, no período compreendido entre 2 semanas e 1 mês anterior ao preenchimento do questionário, o funcionário se demonstrou incapaz de realizar.

Ferreira *et al.* (2010) realizaram o estudo das propriedades psicométricas do WLQ-8 para a realidade portuguesa. Através da análise psicométrica do instrumento de avaliação, este apresenta-se como uma boa medida para avaliar o impacto das doenças crónicas em contexto de trabalho. De igual forma, fornece uma imagem adequada do papel da saúde do trabalhador na produtividade do trabalho (Lerner *et al.*, 2001). De referir também que os índices de consistência interna apresentam valores bastante aceitáveis acima de 0.90 (Ferreira *et al*., 2010). No que diz respeito à validade de constructo do WLQ-8 os autores identificaram uma única dimensão com 59.16% do total da variância da escala. Essa estrutura foi devidamente comprovada através de uma análise fatorial confirmatória, que apresentou índices de ajustamento bastante satisfatórios. Ainda no mesmo estudo, não

foi possível encontrar as quatro dimensões que normalmente surgem junto da versão *standard* da escala de 25 itens (Lerner *et al.*, 2001). A dimensão encontrada reporta o impacto das doenças crónicas em contexto laboral e tomou a designação de "Limitações no Trabalho". As correlações entre os itens e o fator sugerem correlações manifestamente superiores a 0.40, pelo que de acordo com Wolf e Smith Jr. (2007 apud Ferreira *et al*. (2010: 257) "asseguram o contributo dos itens para a dimensão global avaliada pela escala. Apesar de Lerner *et al*. (2001) terem encontrado índices de consistência interna acima de 0.90, o valor obtido (α=0.897) sugere, igualmente, uma boa precisão da medida".

A *Stanford Presenteeism Scale* (SPS) foi inicialmente desenvolvida em 2002 por Koopman *et al*. (2002), com a finalidade de avaliar a relação entre presenteísmo, problemas de saúde e produtividade em populações de trabalho. Esta escala mede a capacidade de um trabalhador se concentra e realizar as funções para as quais está destinado, apesar dos seus problemas de saúde. Inicialmente, a SPS era constituída por 32 itens e designada por SPS-32. Este instrumento incorporava o conceito de presenteísmo nas suas medidas cognitivas, emocionais, comportamentais e de concentração, englobando os processos, resultados de trabalho e perceção do trabalhador em relação à sua capacidade de superar condicionantes de produtividade associadas a um problema de saúde, embora os métodos de autorrelato de avaliação de produtividade no trabalho pudessem apresentar algumas limitações.

A construção deste instrumento teve por base duas dimensões do presenteísmo: o trabalho (enquanto resultado do processo de trabalho) e o foco psicológico (emoção, cognição e comportamento). Após uma reestruturação, a escala passou a ser constituída por seis itens, denominando-se por SPS-6, sendo que a soma destes seis itens produz a pontuação total do presenteísmo. Uma pontuação alta na SPS-6 indica um alto nível de presenteísmo, ou seja, uma maior capacidade de se concentrar e realizar o trabalho, apesar dos problemas de saúde (Koopman *et al*., 2002).

Para a análise das propriedades psicométricas, Koopman *et al*. (2002) realizaram um conjunto de testes estatísticos, dentro dos quais a análise fatorial clássica (utilizando a rotação *Varimax*) que revelou dois fatores principais: um enfatizou o presenteísmo ao alcançar resultados associados ao trabalho e outro focado em evitar distrações no

processo de trabalho. Os resultados obtidos pelos autores indicaram que a SPS-6 tem propriedades psicométricas excelentes, revelando-se útil com uma ferramenta de avaliação de saúde e produtividade de um trabalhador. A SPS-6 apresentou uma consistência interna satisfatória (α = 0,80) e a análise fatorial captou as dimensões do presenteísmo que se pretendem avaliar, com enfoque no processo de trabalho (distração evitada e trabalho completado).

A SPS-6 encontra-se validada para Portugal por Ferreira *et al*. (2010) e por Laranjeira (2013). No estudo realizado por Ferreira *et al*. (2010), os autores através das análises de componentes principais e da análise fatorial confirmatória, confirmaram a existência de dois componentes distintos, corroborando os achados de Koopman *et al.* (2002). Estas duas dimensões avaliam as perdas de produtividade organizacional em função de sintomas físicos e psicológicos diversos. A precisão das medidas é assegurada por valores de a*lpha de Chronbach* de 0.780 para o fator trabalho completado e de 0.815 para o fator distração evitada.

O estudo de Laranjeira (2013) realizado numa população de 126 enfermeiros apresenta resultados comparáveis com os estudos de Koopman *et al.* (2002) e Ferreira *et al*. (2010).

Para a avaliação e caracterização dos Comportamentos de Cidadania Organizacional (CCO) foi utilizado o instrumento desenvolvido por Rego (1999) que visa a concetualização dos CCO, tendo em vista a realidade sociocultural e laboral da população portuguesa. Esta necessidade vem ao encontro do fato que, as dimensões de CCO não são independentes do contexto a que elas se reportam.

Face a esta problemática, o autor iniciou o seu estudo pela recolha de itens para a elaboração do seu questionário, que inclui uma revisão de literatura e a análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas efetuadas a 27 inquiridos (sete gestores de empresas industriais, um empresário do setor cerâmico, um diretor regional de uma instituição bancária, quatro professores de gestão, um consultor de gestão, um ex-gestor de uma indústria cervejeira, dois chefes de repartição de uma instituição pública, dois membros de dois conselhos diretivos de uma instituição universitária pública portuguesa e oito gerentes e subgerentes de agencias bancárias), os quais foram convidados a descrever funcionários que fossem classificados, no seu entender, como excelentes e

descrever quais os comportamentos que os distinguiam dos restantes membros organizacionais. Depois de descritos estes comportamentos, os inquiridos foram convidados a referir quais os comportamentos que se coadunavam com a definição de CCO proposta por Organ (1997), quer do ponto de vista positivo (CCO), quer do ponto de vista negativo (anti cidadania).

O questionário resultante continha 101 afirmações e foi aplicado a 338 gestores e chefes, havendo 271 que se identificaram e que pertenciam a 61 organizações de várias zonas do país e com atividade distinta. Foi solicitado aos inquiridos que pensassem num colaborador à sua escolha, que conhecessem bem o seu modo de trabalhar e que o descrevessem dentro das 101 afirmações, sendo que para o efeito era fornecida uma escala pontuada entre 1 (não se aplica rigorosamente nada) a 7 (aplica-se-lhe completamente). Na parte final do questionário, era solicitado ao gestor que atribuísse uma pontuação global ao sujeito avaliado, numa escala numérica de 0 (péssimo colaborador) até 10 (excelente colaborador).

Da análise psicométrica deste instrumento emergiu uma estrutura fatorial constituída por 36 itens e quatro componentes principais (harmonia interpessoal/ espírito de equipa, conscienciosidade, espírito de iniciativa/ proatividade e identificação com a organização). Os coeficientes de consistência interna são elevados. O primeiro dos fatores identificados contém itens relacionados com a harmonia interpessoal, participação, desportivismo, espírito de equipa, camaradagem, partilha de conhecimentos e experiência. Foi denominado pelo autor de harmonia interpessoal/ espírito de equipa, uma vez que esta definição reflete a dimensão inerente aos itens e não propriamente o sentido que deles emana. O segundo fator reflete objetivamente comportamentos de obediência, conscienciosidade e proteção dos recursos da organização, tendo sido denominado por conscienciosidade. O terceiro fator incorpora comportamentos reveladores do espírito de iniciativa, disponibilidade para resolver problemas e de procurar soluções alternativas para eles, espontaneidade para fazer sugestões construtivas de melhoria, dedicação ao cargo, virtude cívica, participação e lealdade. O último fator denota comportamentos de lealdade, esforços suplementares para beneficiar a organização, forte dedicação à mesma e vontade de beneficiá-la.

Após esta dimensionalização, o autor correlacionou as quatro categorias de CCO com a notação global de desempenho atribuída pelos gestores aos colaboradores e funcionários. As cotações de cidadania atribuídas a cada sujeito resultaram da pontuação média dos itens para cada fator. Foram realizadas regressões, que revelaram que as quatro dimensões de cidadania com valor explicativo significativo, explicando 72% da variância da mesma. Em geral, constata-se que a conscienciosidade e o espírito de iniciativa apresentavam os valores explicativos mais forte, sendo que esta evidência é corroborada quando se procede à execução de regressões hierárquicas, pois são essas as duas dimensões que explicam a maior variância única.

Partindo das evidências de Rego (1999), Gaspar e Jesuíno (2009) adaptaram e aplicaram a escala de CCO a uma amostra de 309 enfermeiros, que se encontravam em contexto de formação académica.

Este instrumento apresentou boas propriedades pscicométricas, com um valor de a*lfa de Cronbach* de 0.90; a análise descritiva da variável CCO evidenciou que os itens foram apontados como maioritariamente importantes (escala de *likert* nenhuma – total), referindo-se esta resposta ao reconhecimento dos itens como comportamento extra - papel. No que se refere à análise fatorial, emergiram dois fatores que explicam 62.5% da variância, sendo que os fatores identificados agregam itens que se correlacionam com ações voluntárias dirigidas ao cliente, ajuda aos colegas e organização, participação e identificação organizacional, responsabilidade e inovação, bem como à harmonia interpessoal e à gestão de conflitos. Estes dois fatores foram definidos como CCO-dirigidos à pessoa e CCO-dirigidos à instituição.

Dadas as boas propriedades psicométricas, bem como a sensibilidade apresentada para a população de enfermagem, a versão final da escala de CCO desenvolvida por Gaspar e Jesuíno foi a selecionada para o nosso estudo.

3.9. Colheita de Dados

O instrumento utilizado no presente estudo foi o questionário *on-line*. Esta metodologia permite obter os dados de forma rápida e pouco dispendiosa, podendo ser aplicado a um vasto número de pessoas, tendo por isso vantagens, tais como a natureza impessoal, a

uniformidade da apresentação e das diretivas (assegura a constância de um questionário para o outro) que contribui para a fidelidade do instrumento e o anonimato das respostas (tranquiliza os respondentes e leva-os a exprimir livremente as suas opiniões) (Fortin, 2009).

A recolha de dados foi feita através de um formulário eletrónico, modelo *Google Forms®*, que foi gentilmente divulgado pelas *newsletters* semanais da Ordem dos Enfermeiros. A partir destas *newsletters* existia uma ligação que permitia o preenchimento do formulário. O tempo médio de preenchimento do formulário era de 10 minutos e só poderia ser respondido uma única vez. No final do preenchimento, as respostas ficavam automaticamente guardadas numa base de dados criada pelo próprio formulário e protegida por uma palavra passe que apenas o investigador principal tinha acesso.

A duração da divulgação do estudo por parte da OE foi de aproximadamente de 3 meses (18 de janeiro a 15 de abril de 2019), durante o qual o questionário esteve em consulta pública. Findado este período, o questionário foi encerrado para respostas.

Antes da aplicação definitiva da escala foi realizado um pré-teste com alguns questionários. Alguns inquiridos manifestaram algumas dificuldades na operacionalização da WLQ-8 pois a semântica era algo dúbia (utilizada na versão portuguesa). Outra questão que suscitou dúvida prendeu-se com o preenchimento da SPS-6 em pessoas sem situação de diagnóstico de doença. De forma a melhorar a compreensão no preenchimento da escala, foi colocada uma nota na descrição, dando enfoque à necessidade de preenchimento da mesma, independentemente de ter ou não uma situação de doença diagnosticada.

3.10. Análise estatística descritiva

De forma a sistematizar e a destacar a informação facultada pelos dados, foi utilizado a técnica estatística descritiva e a estatística inferencial. Os dados foram tratados informaticamente, com recurso ao aplicativo informático de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS, versão 25) para *Windows®*.

Segundo Black, (1999, *apud* Coutinho, 2019: 151) "a função da análise estatística é transformar dados em informação". A análise estatística teve em conta as variáveis

presentes no estudo. Na análise exploratória dos dados realizámos a análise descritiva para a caracterização sociodemográfica, clínica e profissional da amostra, tendo sido obtidas tabelas de frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média, moda e mediana) e as de dispersão (desvio padrão, valores mínimos e máximos).

Antes de realizar a análise estatística inferencial, procedeu-se à verificação prévia dos dados, de forma a averiguar a existência de desvios em relação à normalidade nas distribuições das variáveis em estudo, para aplicação posterior dos testes.Foi t estada a normalidade dos dados da amostra para as variáveis dependentes em estudo, dado que a utilização de algumas estatísticas inferenciais, como é o caso dos testes paramétricos, carecem da verificação de pressupostos, entre eles o da normalidade. Para avaliar este pressuposto, foi realizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* (Marôco, 2018). A amostra assumiu uma distribuição não normal, como tal, foram realizados testes não paramétricos.

(Esta página foi propositadamente deixada em branco)

4. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS

Neste capítulo analisamos e apresentamos os dados e resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados e das medidas/técnicas estatísticas aplicadas.

Iniciamos com o estudo das propriedades psicométricas das escalas utilizadas, seguidamente fazemos a apresentação descritiva dos dados recolhidos e, por último, os resultados das técnicas inferenciais usadas em função dos objetivos, das questões de investigação e hipóteses formuladas.

4.1. Propriedades psicométricas das escalas

Relativamente à escala SPS-6 (ANEXO I) verificamos que a análise fatorial dos componentes principais, com rotações ortogonais do tipo *varimax*, se adequa aos dados recolhidos (teste de *Bartlett* com $p < 0.001$ e coeficiente KMO = 0.704). Foram identificados dois fatores que coincidem com os sugeridos no estudo desenvolvido por Ferreira *et al.* (2010). O primeiro fator integra os itens da dimensão *distração evitada* (*eigenvalue* [1]=2.504 e variância explicada = 41.738%). Os pesos fatoriais estão compreendidos entre 0.879, para o item «Devido ao meu problema de saúde, as dificuldades que normalmente fazem parte do meu trabalho foram mais complicadas de gerir», e 0.905, para o item «Senti-me desesperado na concretização de determinadas tarefas de trabalho devido ao meu problema de saúde» e as correlações item-total situam-se entre 0.730 e 0.800, para os mesmos itens, respetivamente. A consistência interna deste fator pode ser considerada boa, sendo $\alpha = 0.880$. No segundo fator associam-se os restantes três itens e corresponde à dimensão t*rabalho completado* (*eigenvalue* = 2.173 e variância explicada = 36.209%). Observamos pesos fatoriais entre 0.794 e 0.907, respetivamente, para os itens «Apesar do meu problema de saúde, consegui terminar as tarefas difíceis do trabalho», e «No trabalho, consegui concentrar-me na concretização dos meus objetivos, apesar do meu problema de saúde». As correlações item-total situaram-se entre 0.622 e 0.821, para o segundo e para o primeiro daqueles itens. Também nesta dimensão, podemos considerar boa a consistência interna

[1] NDT: Valor próprio

com α = 0.805. No global da escala, a variância explicada apresentou o valor de 77.947% e a consistência interna pode ser considerada aceitável, sendo α = 0.667.

Tal como refere Ferreira *et al.* (2010), também no presente estudo, a análise fatorial aplicada aos itens da escala WLQ-8 é uma técnica adequada para os dados obtidos (teste de *Bartlett*: $p < 0.001$ e coeficiente KMO = 0.879) e sugere que a escala pode ser considerada unifatorial (*eigenvalue* = 4.240 e variância explicada = 53.001%). Os itens apresentam pesos fatoriais que variam entre 0.388, no item «Fazer os mesmos movimentos, repetidamente durante o trabalho», e 0.832, no item «Concentrar-se no trabalho.». As correlações item-total situam-se entre 0.311, para o item «Fazer os mesmos movimentos, repetidamente durante o trabalho.», e 0.728, no item «Desenvolver a quantidade de trabalho que me é solicitada». O valor observado para o coeficiente *alpha* (0.860) sugere que a escala apresenta boa consistência interna (ANEXO I).

Os resultados permitem concluir que análise fatorial dos componentes principais, com rotações ortogonais do tipo *varimax*, aplicada aos itens da escala CCO, revelou ser uma técnica adequada aos dados em estudo (teste de *Bartlett*: $p < 0.001$ e coeficiente KMO = 0.883). Foram identificados dois fatores, tal como em estudos desenvolvidos anteriormente, com *eigenvalue* de 7.328 e 5.468 e variâncias explicadas de 20.938% e 15.624%. No primeiro fator associam-se os dezoito itens referentes à dimensão CCO-dirigido à instituição e no segundo os dezassete itens da dimensão inerente aos CCO-dirigido à pessoa. Alguns dos itens do primeiro fator, nomeadamente, «Adapta a unidade do utente ao seu utilizador sem que isso seja solicitado», «Sempre que existe algum material deteriorado informa da situação», «Mostra preocupação com a higiene do serviço», «Não faz gastos desnecessários», «Introduz alterações na unidade do utente de forma a melhorar esse espaço físico», «Respeita o património da instituição», «Está disponível para atender às solicitações dos colegas/trocas de horário e substituições/fins-de-semana», apresentam pesos fatoriais relativamente baixos, respetivamente, 0.155, 0.230, 0.235, 0.279, 0.304, 0.324 e 0.339. No entanto, as correlações item-total são todas positivas e, para estes itens, situam-se entre 0.370 e 0.535. A consistência interna desta dimensão pode ser classificada como boa, sendo o valor de *alpha* 0.883.

No segundo fator, relativo aos CCO-dirigido à pessoa, apenas dois itens apresentaram pesos fatoriais inferiores a 0.400, concretamente, os itens «Faz formação não certificada» e «Faz formação fora da instituição, no seu tempo livre» com pesos 0.333 e 0.368, respetivamente. As correlações item-total são todas positivas e situaram-se entre 0.358, no item «Faz formação não certificada», e 0.612, no item «Favorece e incentiva os contatos entre utentes e familiares». Esta dimensão evidencia boa consistência interna, com *alpha* igual a 0.866.

Em termos da escala global obtivemos uma variância explicada de 36.562% e uma elevada consistência interna, sendo *alpha* igual a 0.920 (ANEXO I).

4.2. Análise descritiva

Os dados que apresentamos na tabela 1 permitem-nos caraterizar a amostra em estudo ao nível das variáveis sociodemográficas. Verificamos que a maioria dos 424 inquiridos, concretamente 86.8% era do género feminino. Quanto à idade 35.4% tinham entre 30 e 39 anos, seguidos de 29.7% que pertenciam ao grupo etário dos 40 aos 49 anos e de 26.9% que tinham entre 50 e 59 anos.

A maior parte dos enfermeiros que participaram no estudo possuíam como habilitação literária a licenciatura (65.6%).

A localização geográfica mais representada na amostra era a zona Norte (31.4%), seguida da zona de Lisboa e Vale do Tejo (28.5%) e da zona Centro (25.9%).

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo as caraterísticas sociodemográficas

Variáveis	n	%
Género		
Masculino	56	13.2
Feminino	368	86.8
Idade		
20 – 29	20	4.7
30 – 39	150	35.4
40 – 49	126	29.7
50 – 59	114	26.9
≥ 60	14	3.3

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo as caraterísticas sociodemográficas (continuação)

Variáveis	n	%
Habilitações literárias		
Bacharelato	7	1.7
Licenciatura	278	65.6
Mestrado	133	31.4
Doutoramento	6	1.4
Localização geográfica		
Norte	133	31.4
Centro	110	25.9
Lisboa e Vale do Tejo	121	28.5
Alentejo	17	4.0
Algarve	20	4.7
Açores	8	1.9
Madeira	15	3.5

Relativamente às caraterísticas profissionais dos elementos da amostra, verificamos (tabela 2) que 85.8% desenvolviam a sua atividade em organizações públicas e 52.6% trabalhavam em instituições de cuidados de saúde diferenciados, seguindo-se 30.9% que exerciam funções em cuidados de saúde primários.

A antiguidade na organização situou-se entre 1 e 43 anos, sendo a média 16.33±9.58 anos. Verifica-se que 39.6% dos profissionais indicaram tempos de trabalho na organização entre 10 e 19 anos, seguidos de 25.2% que referiram tempos compreendidos entre 20 e 29 anos e de 24.1% cujo tempo de trabalho era inferior a 10 anos. Metade da amostra trabalhava na organização há, pelo menos, 15.00 anos. A distribuição de frequências desta variável afastou-se significativamente de uma curva normal ou *gaussiana* ($p < 0.001$).

Quanto à antiguidade na função, também observámos tempos entre 1 e 43 anos mas a média foi 18.26±9.13 anos. Constata-se que 38.0% dos enfermeiros referiram tempos de desempenho da função entre 10 e 19 anos, seguindo-se 33.2% que mencionaram tempos entre 20 e 29 anos. Metade da amostra referiu que desempenhava a função há, pelo menos, 18.00 anos e a distribuição de frequências não pode ser considerada normal ($p < 0.001$).

A maioria dos elementos da amostra, concretamente 63.7%, possuía o vínculo laboral de Contrato de Trabalho da Função Pública, seguidos de 34.4% que possuíam Contrato Individual de Trabalho.

Verificamos que 45.3% não possuíam qualquer especialidade em enfermagem e que 13.4% eram Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, seguindo-se 11.1% que possuíam a especialidade em Saúde Materna e Obstétrica e de 9.4% que eram especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A categoria profissional mais frequente era a de Enfermeiro (39.9%), seguindo-se a de Enfermeiro Especialista (30.2%) e a de Enfermeiro Graduado (22.6%).

Cerca de três em cada quatro enfermeiros (72.4%) afirmaram que não tinham condição prévia de doença mas cerca de um em cada quatro disseram que tinham esta condição com diagnóstico há mais de 6 meses.

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo as caraterísticas profissionais

Variáveis	**n**	**%**
Organização onde trabalha		
Pública	364	85.8
Privada	30	7.1
Parceria Público-Privada (PPP)	30	7.1
Tipologia de organização		
Cuidados de Saúde Primários	131	30.9
Cuidados de Saúde Diferenciados	223	52.6
Cuidados Continuados Integrados/Cuidados Paliativos	7	1.7
Instituição Privada de Solidariedade Social	10	2.4
Instituição de Saúde Privada	15	3.5
Instituto Público	38	9
Antiguidade na Organização (anos)		
< 10	102	24.1
10 – 19	168	39.6
20 – 29	107	25.2
30 – 39	46	10.9
≥ 40	1	0.2
$\bar{x}$ = 16.33; Md = 15.00; s = 9.58; x_{min} = 1; $x_{máx}$ = 43; p < 0.001		
Antiguidade na Função (anos)		
< 10	70	16.5
10 – 19	161	38.0
20 – 29	141	33.2
30 – 39	49	11.6
≥ 40	3	0.7
$\bar{x}$ = 18.26; Md = 18.00; s = 9.13; x_{min} = 1; $x_{máx}$ = 43; p < 0.001		

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo as caraterísticas profissionais (continuação)

Variáveis	n	%
Vínculo Laboral		
Contrato de Trabalho da Função Pública (CTFP)	270	63.7
Contrato Individual de Trabalho (CIT)	146	34.4
Prestação de Serviços/ Recibos Verdes	7	1.7
Não respondeu	1	0.2
Título Profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros		
Enfermeiro	198	46.7
Enfermeiro Especialista	226	53.3
Especialidade em Enfermagem		
Nenhuma	192	45.3
Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica	47	11.1
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e	35	8.3
Pediátrica	57	13.4
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e	30	7.1
Psiquiátrica	40	9.4
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	23	5.4
Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica		
Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária		
Categoria Profissional		
Enfermeiro	169	39.9
Enfermeiro Graduado	96	22.6
Enfermeiro Especialista	128	30.2
Enfermeiro Chefe	4	0.9
Enfermeiro Supervisor	24	5.7
Enfermeiro Diretor	3	0.7
Condição Prévia de Doença		
Não	307	72.4
Sim, com diagnóstico inferior a 6 meses	17	4.0
Sim, com diagnóstico superior a 6 meses	100	23.6

A análise dos dados que apresentamos na tabela 3 permitem-nos constatar que 30.2% dos enfermeiros discordaram totalmente com o item «Devido ao meu problema de saúde, as dificuldades que normalmente fazem parte do meu trabalho foram mais complicadas de gerir» da escala SPS-6 e que 19.3% responderam na posição mais próxima da total concordância, ou seja, na posição 4 (concordo ligeiramente). No item «Apesar do meu problema de saúde, consegui terminar as tarefas difíceis do trabalho» 38.2% dos profissionais responderam concordar totalmente e 28.5% responderam na posição imediatamente abaixo (posição 4 – concordo ligeiramente). Verifica-se que 34.7% e 38.2% discordaram totalmente com os itens «O meu problema de saúde inibiu-me de tirar prazer do trabalho» e «Senti-me desesperado na concretização de determinadas tarefas de trabalho devido ao meu problema de saúde», seguindo-se 23.1% e 20.5%,

respetivamente, que responderam na posição intermédia (posição 3 – Não concordam nem discordam). No item «No trabalho, consegui concentrar-me na concretização dos meus objetivos, apesar do meu problema de saúde» verificamos que 30.4% dos enfermeiros concordaram totalmente, seguidos de 29.2% que responderam na posição adjacente (posição 4 – concordo ligeiramente). Por último, no item «Senti-me com energia suficiente para completar todo o meu trabalho, apesar do meu problema de saúde» desta escala 27.8% responderam na posição 3(não concordam nem discordo) e 27.4% na posição 4 (concordo ligeiramente).

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo as respostas aos itens da escala SPS-6

Itens	Discordo totalmente		2		3		4		Concordo totalmente	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
1.Devido ao meu problema de saúde, as dificuldades que normalmente fazem parte do meu trabalho foram mais complicadas de gerir.	128	**30.2**	67	15.8	81	19.1	82	**19.3**	66	15.6
2.Apesar do meu problema de saúde, consegui terminar as tarefas difíceis do trabalho.	51	12.0	17	4.0	73	17.2	121	**28.5**	162	**38.2**
3.O meu problema de saúde inibiu-me de tirar prazer do trabalho.	147	**34.7**	61	14.4	98	**23.1**	70	16.5	48	11.3
4.Senti-me desesperado na concretização de determinadas tarefas de trabalho devido ao meu problema de saúde.	162	**38.2**	70	16.5	87	**20.5**	62	14.6	43	10.1
5.No trabalho, consegui concentrar-me na concretização dos meus objetivos, apesar do meu problema de saúde.	48	11.3	20	4.7	103	24.3	124	**29.2**	129	**30.4**
6.Senti-me com energia suficiente para completar todo o meu trabalho, apesar do meu problema de saúde.	49	11.6	57	13.4	118	**27.8**	116	**27.4**	84	19.8

Observando os resultados que constituem o quadro 6 podemos verificar que os enfermeiros inquiridos tenderam a concordar ligeiramente com os itens «Apesar do meu problema de saúde, consegui terminar as tarefas difíceis do trabalho», «No trabalho, consegui concentrar-me na concretização dos meus objetivos, apesar do meu problema de saúde» e «Senti-me com energia suficiente para completar todo o meu trabalho, apesar do meu problema de saúde» e a discordar com os restantes itens da escala SPS-6.

Ao nível das dimensões da escala, verifica-se que os profissionais tenderam a discordar com a distração evitada e a concordar com o trabalho completado. Quer a concordância,

quer a discordância não se revelaram acentuadas uma vez que os valores médios e medianos estão próximo ou coincidem com a posição central da escala (posição 3).

No global da escala verifica-se uma ligeira tendência para a concordância atendendo a que os valores médio e mediano são um pouco superiores à posição central.

Julgamos poder concluir que os resultados sugerem que os enfermeiros evidenciam níveis intermédios de presenteísmo, ou seja, revelam uma capacidade relativamente baixa de concentração e de realização das funções para as quais estão destinados, quando estão com problemas de saúde.

Quadro 6: Medidas descritivas referentes aos itens e dimensões da escala SPS-6

Itens	$\bar{x}$	Md	s	x_{min}	$x_{máx}$	p
1.Devido ao meu problema de saúde, as dificuldades que normalmente fazem parte do meu trabalho foram mais complicadas de gerir.	2.74	3.00	1.46	1	5	---
2.Apesar do meu problema de saúde, consegui terminar as tarefas difíceis do trabalho.	3.77	4.00	1.32	1	5	---
3.O meu problema de saúde inibiu-me de tirar prazer do trabalho.	2.55	3.00	1.40	1	5	---
4.Senti-me desesperado na concretização de determinadas tarefas de trabalho devido ao meu problema de saúde.	2.42	2.00	1.38	1	5	---
5.No trabalho, consegui concentrar-me na concretização dos meus objetivos, apesar do meu problema de saúde.	3.63	4.00	1.27	1	5	---
6.Senti-me com energia suficiente para completar todo o meu trabalho, apesar do meu problema de saúde.	3.30	3.00	1.26	1	5	---
SPS – Distração evitada	2.57	2.67	1.27	1.00	5.00	<**0.001**
SPS – Trabalho completado	3.57	3.67	1.09	1.00	5.00	<**0.001**
SPS – Global	3.50	3.33	0.83	1.33	5.00	<**0.001**

A distribuição das respostas dos enfermeiros aos itens da escala WLQ-8 permitiu obter os dados que apresentamos na tabela 4. Verificamos que 39.9% e 50.2% concordaram totalmente com os itens «Trabalhar as horas que me são solicitadas» e «Começar as suas tarefas assim que chega ao trabalho» e 29.2% e 28.3% responderam, nos mesmos itens, na posição 4 (concordo ligeiramente). No item «Fazer os mesmos movimentos, repetidamente durante o trabalho» 23.8% dos inquiridos responderam na posição 4, 24.3% na posição 3 e 23.6% concordaram totalmente. Constata-se, ainda, que 39.4%, 38.2%, 34.7%, 40.6% e 33.7% dos enfermeiros concordaram totalmente com os itens «Utilizar o equipamento de trabalho (i.e.: telefone, caneta, teclado, rato...)», «Concentrar-se no trabalho», «Ajudar os outros a acabar o trabalho», «Desenvolver a

quantidade de trabalho que me é solicitada» e «Sentir que devia ter feito aquilo que sou capaz de fazer». Nestes mesmos itens as percentagens de respostas na posição 4 (concordo ligeiramente) foram, respetivamente, 30.7%, 37.5%, 36.3%, 33.0% e 33.3%.

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo as respostas aos itens da escala WLQ-8

Itens	Discordo totalmente		2		3		4		Concordo totalmente	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
1.Trabalhar as horas que me são solicitadas.	29	6.8	25	5.9	77	18.2	124	**29.2**	169	**39.9**
2.Começar as suas tarefas assim que chega ao trabalho.	34	8.0	19	4.5	38	9.0	120	**28.3**	213	**50.2**
3.Fazer os mesmos movimentos, repetidamente durante o trabalho.	53	12.5	67	15.8	103	**24.3**	101	**23.8**	100	**23.6**
4.Utilizar o equipamento de trabalho (i.e.: telefone, caneta, teclado, rato...).	30	7.1	27	6.4	70	16.5	130	**30.7**	167	**39.4**
5.Concentrar-se no trabalho.	22	5.2	19	4.5	62	14.6	159	**37.5**	162	**38.2**
6.Ajudar os outros a acabar o trabalho.	22	5.2	24	5.7	77	18.2	154	**36.3**	147	**34.7**
7.Desenvolver a quantidade de trabalho que me é solicitada.	18	4.2	30	7.1	64	15.1	140	**33.0**	172	**40.6**
8.Sentir que devia ter feito aquilo que sou capaz de fazer.	29	6.8	37	8.7	74	17.5	141	**33.3**	143	**33.7**

Os resultados que se apresentam no quadro 7 permitem afirmar que, à exceção do item «Fazer os mesmos movimentos, repetidamente durante o trabalho» no qual as respostas tenderam para a posição 3 (posição intermédia/ não concordo nem discordo), nos restantes os enfermeiros tenderam a responder em torno da posição 4 (concordo ligeiramente), sendo mais evidente esta tendência nos itens «Começar as suas tarefas assim que chega ao trabalho», «Concentrar-se no trabalho» e «Desenvolver a quantidade de trabalho que me é solicitada».

No global da escala, as respostas dos enfermeiros inquiridos tenderam para valor um pouco inferior à posição 4, ou seja, os profissionais evidenciaram que as doenças/limitações interferem de modo acentuado com o seu desempenho no trabalho e têm bastante impacto na respetiva produtividade.

Quadro 7: Medidas descritivas referentes aos itens e global da escala WLQ-8:

Trabalhar as horas que me são solicitadas.	3.89	4.00	1.19	1	5	---
Começar as suas tarefas assim que chega ao trabalho.	4.08	5.00	1.22	1	5	---
Fazer os mesmos movimentos, repetidamente durante o trabalho.	3.30	3.00	1.32	1	5	---
Utilizar o equipamento de trabalho (i.e.: telefone, caneta, teclado, rato...).	3.89	4.00	1.20	1	5	---
Concentrar-se no trabalho.	3.99	4.00	1.08	1	5	---

Quadro7: Medidas descritivas referentes aos itens e global da escala WLQ-8 (continuação)

Itens	$\bar{x}$	Md	s	x_{min}	$x_{máx}$	p
Ajudar os outros a acabar o trabalho.	3.90	4.00	1.10	1	5	---
Desenvolver a quantidade de trabalho que me é solicitada.	3.99	4.00	1.11	1	5	---
Sentir que devia ter feito aquilo que sou capaz de fazer.	3.78	4.00	1.20	1	5	---
WLQ – Global	3.85	4.00	0.84	1.00	5.00	**<0.001**

A análise dos dados que se apresentam na tabela 5 permitem-nos constatar que no item «Mostra orgulho na instituição a que pertence» 34.9% dos enfermeiros responderam na alternativa "Muita", seguidos de 29.7% que assinalaram a alternativa "Moderada". A mesma tendência de respostas se verifica nos itens «Mostra orgulho no serviço/unidade onde exerce funções» e «Faz declarações positivas sobre a instituição a que pertence» com percentagens de 35.1% e 36.3% para a alternativa "Muita" e 23.8% e 30.9% para a alternativa "Moderada".

No item «Faz declarações positivas sobre o serviço/unidade onde exerce funções» 38.9% responderam na alternativa "Muita", seguidos de 29.5% que assinalaram a opção "Total". Para o item «Respeita o património da instituição» a maioria dos inquiridos (69.1%) respondeu na alternativa "Total". O mesmo se verifica nos itens «Sempre que existe algum material deteriorado informa da situação» e «Mostra preocupação com a higiene do serviço.» mas com percentagens de 73.3% e 75.9%, respetivamente. Nos itens «Não faz gastos desnecessários» e «Favorece um bom ambiente de trabalho.» 44.6% e 56.8% dos enfermeiros responderam na alternativa "Total" e 39.9% e 36.8% assinalaram a opção "Muita".

Para os itens «Introduz alterações na unidade do utente de forma a melhorar esse espaço físico», «Adapta a unidade do utente ao seu utilizador sem que isso seja solicitado», «Responde positivamente quando solicitado para suprir défices de recursos humanos», «Está disponível para participar em reuniões de serviço mesmo fora do seu horário de trabalho», «Solicita os documentos produzidos pela instituição caso não estejam disponíveis», «Conhece os documentos produzidos pela instituição ou serviço: plano de ação, relatório e outros» e «Conhece os direitos e deveres dos funcionários» as respostas incidiram sobre as alternativas "Total", com percentagens 46.0%, 48.3%, 33.7%, 35.4%, 32.5%, 31.1% e 31.1%, e "Muita", sendo as percentagens 42.7%, 40.3%, 39.4%, 33.3%, 39.4%, 37.3% e 44.3%, respetivamente.

No item «Está presente nos eventos do serviço/instituição mesmo que não tenha colaborado na sua organização» as opções mais frequentes foram “Muita” (36.1%), “Moderada” (24.8%) e “Total” (22.9%). Nos itens «Está disponível para atender às solicitações dos colegas/trocas de horário e substituições/fins-de-semana», «Fica depois das horas de serviço para ajudar um colega» «Atualiza voluntariamente a informação a um colega que esteve ausente do serviço um longo período/férias», «Tem capacidade para lidar com conflitos no seio da equipa de enfermagem», «Tem capacidade para lidar com conflitos no seio da equipa multidisciplinar», «Reúne factos e colhe informação antes de emitir uma opinião ou atribuir responsabilidades», «Faz formação não certificada», «Faz formação fora da instituição, no seu tempo livre», «Acompanha e encaminha familiares de utentes mesmo que não estejam internados no seu serviço», «Favorece e incentiva os contatos entre utentes e familiares», «Facilita as visitas, se necessário, adapta as regras no serviço às necessidades que lhe são colocadas», «Prolonga a sua estadia no serviço para atender um familiar ou utente a fim de concluir uma entrevista ou interação» e «Não interrompe, sem pedir licença, a sua ação junto do utente ou familiar para responder a outras situações (exceto em urgência)» as respostas mais frequentes ocorreram na alternativa “Total”, com percentagens 48.6%, 39.6%, 57.5%, 29.5%, 25.7%, 35.6%, 27.4%, 42.0%, 39.6%, 51.4%, 49.1%, 44.3% e 43.9%, respetivamente, e na opção “Muita”, sendo as percentagens 36.6%, 42.5%, 34.2%, 47.9%, 48.3%, 49.8%, 31.6%, 27.1%, 34.4%, 38.0%, 38.2%, 38.2% e 42.7%.

Para o item «Se estiver a prestar cuidados diretos ao utente não fala com outras pessoas ou colegas» as respostas mais frequentes observaram-se nas opções “Moderada” (39.6%) e “Muita” (37.0%). Finalmente, nos itens «Encaminha eventuais reclamações sem exercer qualquer tipo de pressão», «No contato com familiares em situações de grande stress (morte, risco de vida, instabilidade emocional) escolhe um local mais apropriado, mesmo que o serviço não disponha de nenhum especialmente destinado a estas situações», «Atribui, de forma sistemática, os direitos ao utente» e «Nos contatos diretos com familiares e utentes, evita recorrer a termos técnicos que possam reduzir o nível de compreensão que estes possam ter de uma determinada situação» as respostas mais frequentes ocorreram nas alternativas “Total” (35.4%, 51.7%, 41.7% e 53.5%) e “Muita” (40.8%, 38.0%, 45.5% e 39.6%).

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo as respostas aos itens da escala CCO

Itens	Nenhuma		Pouca		Moderada		Muita		Total	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
1.Mostra orgulho na instituição a que pertence.	28	6.6	58	13.7	126	**29.7**	148	**34.9**	64	15.1
2.Mostra orgulho no serviço/unidade onde exerce funções.	11	2.6	40	9.4	101	**23.8**	149	**35.1**	123	29.0
3.Faz declarações positivas sobre a instituição a que pertence.	12	2.8	46	10.8	131	**30.9**	154	**36.3**	81	19.1
4.Faz declarações positivas sobre o serviço/unidade onde exerce funções.	6	1.4	39	9.2	89	21.0	165	**38.9**	125	**29.5**
5.Respeita o património da instituição.	0	0.0	3	0.7	14	3.3	114	26.9	293	**69.1**
6.Não faz gastos desnecessários.	8	1.9	14	3.3	44	10.4	169	**39.9**	189	**44.6**
7.Favorece um bom ambiente de trabalho.	0	0.0	1	0.2	26	6.1	156	**36.8**	241	**56.8**
8.Sempre que existe algum material deteriorado informa da situação.	0	0.0	3	0.7	16	3.8	94	22.2	311	**73.3**
9.Mostra preocupação com a higiene do serviço.	2	0.5	0	0.0	13	3.1	87	20.5	322	**75.9**
10.Introduz alterações na unidade do utente de forma a melhorar esse espaço físico.	6	1.4	6	1.4	36	8.5	181	**42.7**	195	**46.0**
11.Adapta a unidade do utente ao seu utilizador sem que isso seja solicitado.	7	1.7	12	2.8	29	6.8	171	**40.3**	205	**48.3**
12.Responde positivamente quando solicitado para suprir défices de recursos humanos.	8	1.9	23	5.4	83	19.6	167	**39.4**	143	**33.7**
13.Está disponível para participar em reuniões de serviço mesmo fora do seu horário de trabalho.	22	5.2	42	9.9	69	16.3	141	**33.3**	150	**35.4**
14.Solicita os documentos produzidos pela instituição caso não estejam disponíveis.	8	1.9	26	6.1	85	20.0	167	**39.4**	138	**32.5**
15.Conhece os documentos produzidos pela instituição ou serviço: plano de ação, relatório e outros.	11	2.6	39	9.2	84	19.8	158	**37.3**	132	**31.1**
16.Conhece os direitos e deveres dos funcionários.	3	0.7	14	3.3	62	14.6	188	**44.3**	157	**37.0**
17.Está presente nos eventos do serviço/instituição mesmo que não tenha colaborado na sua organização.	20	4.7	49	11.6	105	**24.8**	153	**36.1**	97	**22.9**
18.Está disponível para atender às solicitações dos colegas/trocas de horário e substituições/fins-de-semana.	6	1.4	7	1.7	50	11.8	155	**36.6**	206	**48.6**
19.Fica depois das horas de serviço para ajudar um colega.	11	2.6	10	2.4	55	13.0	180	**42.5**	168	**39.6**
20.Atualiza voluntariamente a informação a um colega que esteve ausente do serviço um longo período/férias.	2	0.5	4	0.9	29	6.8	145	**34.2**	244	**57.5**
21.Tem capacidade para lidar com conflitos no seio da equipa de enfermagem.	2	0.5	13	3.1	81	19.1	203	**47.9**	125	**29.5**
22.Tem capacidade para lidar com conflitos no seio da equipa multidisciplinar.	6	1.4	19	4.5	85	20.0	205	**48.3**	109	**25.7**

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo as respostas aos itens da escala CCO (continuação)

Itens	Nenhuma		Pouca		Moderada		Muita		Total	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
23.Reúne factos e colhe informação antes de emitir uma opinião ou atribuir responsabilidades.	1	0.2	7	1.7	54	12.7	211	**49.8**	151	**35.6**
24.Faz formação não certificada.	48	11.3	50	11.8	76	17.9	134	**31.6**	116	**27.4**
25.Faz formação fora da instituição, no seu tempo livre.	31	7.3	29	6.8	71	16.7	115	**27.1**	178	**42.0**
26.Acompanha e encaminha familiares de utentes mesmo que não estejam internados no seu serviço.	19	4.5	31	7.3	60	14.2	146	**34.4**	168	**39.6**
27.Favorece e incentiva os contatos entre utentes e familiares.	4	0.9	3	0.7	38	9.0	161	**38.0**	218	**51.4**
28.Facilita as visitas, se necessário, adapta as regras no serviço às necessidades que lhe são colocadas.	11	2.6	8	1.9	35	8.3	162	**38.2**	208	**49.1**
29.Prolonga a sua estadia no serviço para atender um familiar ou utente a fim de concluir uma entrevista ou interação.	5	1.2	14	3.3	55	13.0	162	**38.2**	188	**44.3**
30.Não interrompe, sem pedir licença, a sua ação junto do utente ou familiar para responder a outras situações (exceto em urgência).	4	0.9	8	1.9	45	10.6	181	**42.7**	186	**43.9**
31.Se estiver a prestar cuidados diretos ao utente não fala com outras pessoas ou colegas.	13	3.1	53	12.5	168	**39.6**	157	**37.0**	33	7.8
32.Encaminha eventuais reclamações sem exercer qualquer tipo de pressão	4	0.9	16	3.8	81	19.1	173	**40.8**	150	**35.4**
33.No contato com familiares em situações de grande stress (morte, risco devida, instabilidade emocional) escolhe um local mais apropriado, mesmo que o serviço não disponha de nenhum especialmente destinado a estas situações.	3	0.7	3	0.7	38	9.0	161	**38.0**	219	**51.7**
34.Atribui, de forma sistemática, os direitos ao utente.	1	0.2	7	1.7	46	10.8	193	**45.5**	177	**41.7**
35.Nos contatos diretos com familiares e utentes, evita recorrer a termos técnicos que possam reduzir o nível de compreensão que estes possam ter de uma determinada situação.	2	0.5	3	0.7	24	5.7	168	**39.6**	227	**53.5**

Com base nos resultados que apresentamos no quadro 8 podemos afirmar que os enfermeiros que colaboraram no presente estudo evidenciaram melhores comportamentos de cidadania organizacional nos itens «Mostra preocupação com a higiene do serviço», «Sempre que existe algum material deteriorado informa da situação», «Respeita o património da instituição», «Favorece um bom ambiente de trabalho», «Atualiza voluntariamente a informação a um colega que esteve ausente do

serviço um longo período/férias», «Nos contatos diretos com familiares e utentes, evita recorrer a termos técnicos que possam reduzir o nível de compreensão que estes possam ter de uma determinada situação», «No contato com familiares em situações de grande *stress* (morte, risco de vida, instabilidade emocional) escolhe um local mais apropriado, mesmo que o serviço não disponha de nenhum especialmente destinado a estas situações», «Favorece e incentiva os contatos entre utentes e familiares», «Adapta a unidade do utente ao seu utilizador sem que isso seja solicitado», «Introduz alterações na unidade do utente de forma a melhorar esse espaço físico», «Está disponível para atender às solicitações dos colegas/trocas de horário e substituições/fins-de-semana», «Facilita as visitas, se necessário, adapta as regras no serviço às necessidades que lhe são colocadas», «Não interrompe, sem pedir licença, a sua ação junto do utente ou familiar para responder a outras situações (exceto em urgência)», «Atribui, de forma sistemática, os direitos ao utente», «Não faz gastos desnecessários», «Prolonga a sua estadia no serviço para atender um familiar ou utente a fim de concluir uma entrevista ou interação», «Reúne factos e colhe informação antes de emitir uma opinião ou atribuir responsabilidades», «Conhece os direitos e deveres dos funcionários», «Fica depois das horas de serviço para ajudar um colega», «Encaminha eventuais reclamações sem exercer qualquer tipo de pressão» e «Tem capacidade para lidar com conflitos no seio da equipa de enfermagem».

Verificamos, também, que os enfermeiros evidenciaram bons comportamentos de cidadania organizacional, sendo melhores os dirigidos à pessoa que os dirigidos à instituição. Nenhuma das dimensões e o global da escala apresenta distribuição de frequências próxima das curva normal ($p < 0.050$).

Quadro 8: Medidas descritivas referentes aos itens, dimensões e global da escala CCO

Itens	$\bar{x}$	Md	s	x_{min}	$x_{máx}$	p
Mostra orgulho na instituição a que pertence.	3.38	3.50	1.10	1	5	---
Mostra orgulho no serviço/unidade onde exerce funções.	3.79	4.00	1.05	1	5	---
Faz declarações positivas sobre a instituição a que pertence.	3.58	4.00	1.01	1	5	---
Faz declarações positivas sobre o serviço/unidade onde exerce funções.	3.86	4.00	0.99	1	5	---
Respeita o património da instituição.	4.64	5.00	0.58	1	5	---
Não faz gastos desnecessários.	4.22	4.00	0.90	1	5	---
Favorece um bom ambiente de trabalho.	4.50	5.00	0.62	1	5	---

Quadro 8: Medidas descritivas referentes aos itens, dimensões e global da escala CCO (continuação)

Itens	$\bar{x}$	Md	s	x_{min}	$x_{máx}$	p
Sempre que existe algum material deteriorado informa da situação.	4.68	5.00	0.58	1	5	---
Mostra preocupação com a higiene do serviço.	4.71	5.00	0.57	1	5	---
Introduz alterações na unidade do utente de forma a melhorar esse espaço físico.	4.30	4.00	0.80	1	5	---
Adapta a unidade do utente ao seu utilizador sem que isso seja solicitado.	4.31	4.00	0.85	1	5	---
Responde positivamente quando solicitado para suprir défices de recursos humanos.	3.98	4.00	0.96	1	5	---
Está disponível para participar em reuniões de serviço mesmo fora do seu horário de trabalho.	3.84	4.00	1.16	1	5	---
Solicita os documentos produzidos pela instituição caso não estejam disponíveis.	3.95	4.00	0.97	1	5	---
Conhece os documentos produzidos pela instituição ou serviço: plano de ação, relatório e outros.	3.85	4.00	1.04	1	5	---
Conhece os direitos e deveres dos funcionários.	4.14	4.00	0.83	1	5	---
Está presente nos eventos do serviço/instituição mesmo que não tenha colaborado na sua organização.	3.61	4.00	1.10	1	5	---
Está disponível para atender às solicitações dos colegas/trocas de horário e substituições/fins-de-semana.	4.29	4.00	0.84	1	5	---
Fica depois das horas de serviço para ajudar um colega.	4.14	4.00	0.91	1	5	---
Atualiza voluntariamente a informação a um colega que esteve ausente do serviço um longo período/férias.	4.47	5.00	0.71	1	5	---
Tem capacidade para lidar com conflitos no seio da equipa de enfermagem.	4.03	4.00	0.81	1	5	---
Tem capacidade para lidar com conflitos no seio da equipa multidisciplinar.	3.92	4.00	0.87	1	5	---
Reúne factos e colhe informação antes de emitir uma opinião ou atribuir responsabilidades.	4.19	4.00	0.73	1	5	---
Faz formação não certificada.	3.52	4.00	1.31	1	5	---
Faz formação fora da instituição, no seu tempo livre.	3.90	4.00	1.23	1	5	---
Acompanha e encaminha familiares de utentes mesmo que não estejam internados no seu serviço.	3.97	4.00	1.11	1	5	---
Favorece e incentiva os contatos entre utentes e familiares.	4.38	5.00	0.76	1	5	---
Facilita as visitas, se necessário, adapta as regras no serviço às necessidades que lhe são colocadas.	4.29	4.00	0.89	1	5	---
Prolonga a sua estadia no serviço para atender um familiar ou utente a fim de concluir uma entrevista ou interação.	4.21	4.00	0.88	1	5	---
Não interrompe, sem pedir licença, a sua ação junto do utente ou familiar para responder a outras situações (exceto em urgência).	4.27	4.00	0.80	1	5	---
Se estiver a prestar cuidados diretos ao utente não fala com outras pessoas ou colegas.	3.34	3.00	0.90	1	5	---
Encaminha eventuais reclamações sem exercer qualquer tipo de pressão	4.06	4.00	0.88	1	5	---

Quadro 8: Medidas descritivas referentes aos itens, dimensões e global da escala CCO (continuação)

Itens	$\bar{x}$	Md	s	x_{min}	$x_{máx}$	p
No contato com familiares em situações de grande stress (morte, risco devida, instabilidade emocional) escolhe um local mais apropriado, mesmo que o serviço não disponha de nenhum especialmente destinado a estas situações.	4.39	5.00	0.74	1	5	---
Atribui, de forma sistemática, os direitos ao utente.	4.27	4.00	0.74	1	5	---
Nos contatos diretos com familiares e utentes, evita recorrer a termos técnicos que possam reduzir o nível de compreensão que estes possam ter de uma determinada situação.	4.45	5.00	0.68	1	5	---
CCO – Dirigidos à instituição	4.09	4.11	0.52	1.94	5.00	<**0.001**
CCO – Dirigidos à pessoa	4.11	4.12	0.51	1.71	5.00	<**0.001**
CCO – Global	4.10	4.11	0.47	1.83	5.00	**0.020**

4.3. Análise Inferencial

O estudo da correlação das escalas do presenteísmo (SPS-6 e WLQ-8) com a escala de comportamentos de cidadania organizacional (CCO), realizado através do coeficiente de correlação de *Spearman* e do respetivo teste de significância, permitiu obter os resultados que apresentamos no quadro 9. Da sua análise pode-se concluir que, apesar de fraca, existe correlação estatisticamente significativa entre as variáveis, ou seja, o presenteísmo está relacionado com os comportamentos de cidadania organizacional, principalmente na dimensão dirigida à instituição e no global. Na dimensão dirigida à pessoa apenas se verifica a existência de correlações significativas com a dimensão SPS-trabalho completado e com o WLQ-8. Atendendo ao sinal dos valores do coeficiente de correlação podemos, ainda, afirmar que os enfermeiros com melhores comportamentos de cidadania organizacional tendem a resultados mais baixos na distração evitada e resultados mais elevados no trabalho completado, no SPS-6 global e no WLQ-8.

Quadro 9: Correlação das escalas SPS-6 e WLQ-8 com a escala CCO

Escalas	CCO Dirigido à instituição		CCO Dirigido à pessoa		CCO Total	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
SPS-6 – Distração evitada	-0.22	<**0.001**	-0.04	0.359	-0.14	**0.003**

Quadro 9: Correlação das escalas SPS-6 e WLQ-8 com a escala CCO (continuação)

Escalas	CCO Dirigido à instituição		CCO Dirigido à pessoa		CCO Total	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
SPS-6 – Trabalho completado	0.18	**<0.001**	0.13	**0.009**	0.17	**<0.001**
SPS-6 - Global	0.22	**<0.001**	0.06	0.202	0.16	**0.001**
WLQ-8	0.21	**<0.001**	0.23	**<0.001**	0.24	**<0.001**

Utilizando o teste U de *Mann-Whitney* procedemos à comparação das escalas do presenteísmo em função do género (cf. quadro 10). Verifica-se a existência de diferença estatisticamente significativa apenas na dimensão distração evitada da SPS-6 (p = 0.023). Comparando os valores das medidas de tendência central (média ordinal, média e mediana) conclui-se que, na situação de problemas de saúde, os enfermeiros do género feminino tendem a apresentar valores mais elevados na distração evitada que os do género masculino.

Quadro 10: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função do género

Escalas / Género	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	z	p
SPS-6 – Distração evitada						
Masculino	56	178.14	2.21	2.00	-2.277	**0.023**
Feminino	368	217.73	2.62	2.67		
SPS-6 – Trabalho completado						
Masculino	56	205.87	3.48	3.67	-0.438	0.662
Feminino	368	213.51	3.58	3.67		
SPS-6 – Global						
Masculino	56	232.77	3.63	3.50	-1.339	0.181
Feminino	368	209.42	3.48	3.33		
WLQ-8						
Masculino	56	203.26	3.75	4.00	-0.607	0.544
Feminino	368	213.91	3.87	4.00		

Através do teste *Kruskal-Wallis* procedemos à comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função da idade (grupo etário) dos enfermeiros. Os resultados que constituem o quadro 11 revelam que em nenhuma das situações se observou qualquer diferença estatisticamente significativa (p> 0.050). Concluímos que o presenteísmo nos enfermeiros mais novos não é diferente do evidenciado pelos mais velhos.

Quadro 11: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função da idade

Escalas / **Idade**	**n**	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	**Md**	χ^2	**p**
SPS-6 – Distração evitada						
≤ 39	170	212.67	2.58	2.67	0.001	0.999
40 – 49	126	212.56	2.57	2.67		
≥ 50	128	212.22	2.56	2.67		
SPS-6 – Trabalho completado						
≤ 39	170	207.01	3.52	3.67	1.366	0.505
40 – 49	126	209.34	3.56	3.67		
≥ 50	128	222.90	3.64	3.83		
SPS-6 – Global						
≤ 39	170	207.52	3.47	3.33	0.626	0.731
40 – 49	126	212.84	3.49	3.33		
≥ 50	128	218.77	3.54	3.33		
WLQ-8						
≤ 39	170	219.86	3.88	4.12	1.034	0.596
40 – 49	126	206.88	3.85	3.88		
≥ 50	128	208.26	3.82	4.00		

Os resultados obtidos na comparação das escalas do presenteísmo em função das habilitações literárias (cf. quadro 12) permitem-nos constatar que não existe qualquer diferença estatisticamente significativa (p > 0.050). Este facto leva-nos a afirmar que não existem evidências estatísticas de que o presenteísmo nos enfermeiros com Bacharelato/Licenciatura seja diferente daquele que é evidenciado pelos que possuem Mestrado/Doutoramento.

Quadro 12: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função das habilitações literárias

Escalas / Habilitações literárias	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	z	p
SPS-6 – Distração evitada						
Bacharelato/Licenciatura	285	215.11	2.60	2.67	-0.634	0.526
Mestrado/Doutoramento	139	207.16	2.51	2.67		
SPS-6 – Trabalho completado						
Bacharelato/Licenciatura	285	210.94	3.56	3.67	-0.378	0.705
Mestrado/Doutoramento	139	215.70	3.59	3.67		
SPS-6 – Global						
Bacharelato/Licenciatura	285	210.76	3.48	3.33	-0.422	0.673
Mestrado/Doutoramento	139	216.07	3.54	3.33		
WLQ-8						
Bacharelato/Licenciatura	285	214.51	3.88	4.00	-0.485	0.627
Mestrado/Doutoramento	139	208.37	3.79	4.00		

Os resultados que apresentamos no quadro 13 foram obtidos ao comparar as escalas SPS-6 e WLQ-8 em função da localização geográfica. Como se verifica, em nenhuma das situações existe qualquer diferença estatisticamente significativa ($p > 0.050$). Conclui-se que o presenteísmo evidenciado pelos enfermeiros não difere significativamente conforme a sua localização geográfica.

Quadro 13: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função da localização geográfica

Escalas / Localização geográfica	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	χ^2	p
SPS-6 – Distração evitada						
Norte	133	216.97	2.63	2.67		
Centro	110	205.26	2.49	2.67	1.402	0.705
Lisboa e Vale do Tejo	121	219.34	2.64	3.00		
Outra	60	202.08	2.46	2.67		
SPS-6 – Trabalho completado						
Norte	133	210.46	3.56	3.67		
Centro	110	220.09	3.64	3.83	0.587	0.899
Lisboa e Vale do Tejo	121	209.79	3.55	3.67		
Outra	60	208.58	3.48	3.67		

Quadro 13: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função da localização geográfica (continuação)

Escalas / Localização geográfica	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	χ^2	p
SPS-6 – Global						
Norte	133	208.41	3.46	3.33		
Centro	110	222.15	3.57	3.33	1.574	0.665
Lisboa e Vale do Tejo	121	204.59	3.46	3.17		
Outra	60	219.83	3.51	3.33		
WLQ-8						
Norte	133	227.07	3.91	4.12		
Centro	110	198.20	3.80	3.94	7.514	0.057
Lisboa e Vale do Tejo	121	223.41	3.91	4.00		
Outra	60	184.42	3.70	3.75		

Comparando os valores observados nas escalas de presenteísmo em função da organização na qual o enfermeiro trabalha, obtivemos os resultados que se apresentam no quadro 14. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão trabalho completado (p = 0.006) e no global (p = 0.022) da escala SPS-6. Os valores observados para as medidas de tendência central, sugerem que os enfermeiros que trabalham em organizações públicas tendem a evidenciar maior presenteísmo que aqueles que trabalham em organizações privadas ou com parceria público-privada.

Quadro 14: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função da organização onde trabalha

Escalas / Organização onde trabalha	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	z	p
SPS-6 – Distração evitada						
Pública	364	217.98	2.58	2.67	-0.183	0.855
Privada/Parceria Público-Privada	60	179.25	2.56	2.67		
SPS-6 – Trabalho completado						
Pública	364	219.06	3.64	3.67	-2.732	**0.006**
Privada/Parceria Público-Privada	60	172.73	3.14	3.33		
SPS-6 – Global						
Pública	364	212.94	3.53	3.33	-2.286	**0.022**
Privada/Parceria Público-Privada	60	209.85	3.29	3.00		
WLQ-8						
Pública	364	211.55	3.84	4.00	-0.394	0.694
Privada/Parceria Público-Privada	60	218.27	3.91	4.00		

Idêntica situação se observou quando procedemos à comparação das escalas de presenteísmo em função da tipologia da organização (cf. quadro 15). Constata-se a existência de diferenças significativas na dimensão trabalho completado (p = 0.003) e no global da escala SPS-6 (p = 0.041). Atendendo aos resultados observados para as medidas de tendência central, somos levados a concluir que os enfermeiros que trabalham em organizações públicas evidenciam maior presenteísmo que aqueles que trabalham em organizações privadas.

Quadro 15: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função da tipologia da organização

Escalas / **Tipologia da organização**	**n**	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	**Md**	**z**	**p**
SPS-6 – Distração evitada						
Públicas	392	212.95	2.57	2.67	-0.265	0.791
Privadas	32	207.05	2.57	2.33		
SPS-6 – Trabalho completado						
Públicas	392	217.46	3.61	3.67	-2.937	**0.003**
Privadas	32	151.75	3.01	3.00		
SPS-6 – Global						
Públicas	392	215.95	3.52	3.33	-2.046	**0.041**
Privadas	32	170.22	3.22	3.00		
WLQ-8						
Públicas	392	212.58	3.85	4.00	-0.048	0.962
Privadas	32	211.50	3.89	3.94		

O estudo da correlação entre as escalas de presenteísmo e a antiguidade na organização e na função permitiu-nos obter os resultados que apresentamos no quadro 16. A sua análise leva-nos a afirmar que, em todas as situações, a correlação é muito fraca e nenhuma pode ser considerada estatisticamente significativa (p > 0.050). Atendendo a este facto, concluímos que o presenteísmo não está relacionado com a antiguidade do enfermeiro, quer na organização quer na função.

Quadro 16: Correlação das escalas SPS-6 e WLQ-8 com a antiguidade na organização e na função

Escalas	Antiguidade na organização		Antiguidade na função	
	r_s	p	r_s	p
SPS-6 – Distração evitada	-0.02	0.747	-0.02	0.665
SPS-6 – Trabalho completado	0.08	0.116	0.06	0.180
SPS-6 – Global	0.05	0.288	0.06	0.229
WLQ-8	0.01	0.787	0.01	0.860

Comparando os valores das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função do vínculo laboral do enfermeiro obtiveram-se os resultados que constituem o quadro 17. Na análise destes resultados verifica-se que não existe qualquer diferença estatisticamente significativa ($p > 0.050$). Por conseguinte, somos levados a afirmar que não existem evidências estatísticas de que o presenteísmo evidenciado pelos enfermeiros com Contrato de Trabalho da Função Pública seja diferente do que é evidenciado por aqueles que têm Contrato Individual de Trabalho.

Quadro 17: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função vínculo laboral

Escalas / **Vínculo laboral**	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	z	p
SPS-6 – Distração evitada						
Contrato de Trabalho da Função Pública	270	206.07	2.54	2.67	-0.567	0.571
Contrato Individual de Trabalho	146	213.00	2.62	2.67		
SPS-6 – Trabalho completado						
Contrato de Trabalho da Função Pública	270	213.06	3.64	3.67	-1.060	0.289
Contrato Individual de Trabalho	146	200.06	3.51	3.67		
SPS-6 – Global						
Contrato de Trabalho da Função Pública	270	214.03	3.55	3.33	-1.286	0.198
Contrato Individual de Trabalho	146	198.27	3.444	3.33		
WLQ-8						
Contrato de Trabalho da Função Pública	270	205.81	3.84	4.00	-0.622	0.534
Contrato Individual de Trabalho	146	213.48	3.86	4.06		

Idêntica conclusão se pode tirar dos resultados obtidos ao comparar os valores das escalas de presenteísmo em função do título profissional atribuído pela Ordem dos

Enfermeiros (cf. quadro 18). Como se constata nenhuma das diferença pode ser considerada estatisticamente significativa (p > 0.050) pelo que concluímos que o presenteísmo evidenciado pelos Enfermeiros é semelhante ao evidenciado pelos Enfermeiros Especialistas.

Quadro 18: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função do título profissionalatribuído pela OE

Escalas / **Título profissional**	**n**	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	**Md**	**z**	**p**
SPS-6 – Distração evitada						
Enfermeiro	198	213.39	2.58	2.67	-0.141	0.888
Enfermeiro Especialista	226	211.72	2.56	2.67		
SPS-6 – Trabalho completado						
Enfermeiro	198	215.86	3.59	3.67	-0.532	0.595
Enfermeiro Especialista	226	209.56	3.55	3.67		
SPS-6 – Global						
Enfermeiro	198	212.19	3.50	3.33	-0.048	0.961
Enfermeiro Especialista	226	212.77	3.49	3.33		
WLQ-8						
Enfermeiro	198	216.92	3.88	4.06	-0.697	0.486
Enfermeiro Especialista	226	208.62	3.83	4.00		

A comparação dos valores das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função do facto do enfermeiro possuir, ou não, alguma especialidade em enfermagem permitiu obter os resultados que apresentamos no quadro 19. Verifica-se a não existência de qualquer diferença estatisticamente significativa (p > 0.050) e concluímos que os níveis de presenteísmo dos enfermeiros sem especialidade são idênticos aos dos que possuem alguma especialidade.

Quadro 19: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função de ter, ou não, alguma especialidade em enfermagem

Escalas / **Especialidade em enfermagem**	**n**	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	**Md**	**z**	**p**
SPS-6 – Distração evitada						
Não	192	214.37	2.59	2.67	-0.289	0.772
Sim	232	210.95	2.56	2.67		
SPS-6 – Trabalho completado						
Não	192	214.73	3.58	3.67	-0.343	0.732
Sim	232	210.66	3.56	3.67		

Quadro 1920: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função de ter, ou não, alguma especialidade em enfermagem (continuação)

Escalas / Especialidade em enfermagem	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	z	p
SPS-6 – Global						
Não	192	210.51	3.49	3.33	-0.306	0.760
Sim	232	214.14	3.50	3.33		
WLQ-8						
Não	192	215.60	3.87	4.06	-0.474	0.635
Sim	232	209.94	3.84	4.00		

De modo semelhante procedemos à comparação dos valores das escalas de presenteísmo em função do tipo de cuidados prestado pelo enfermeiro. Os resultados que constituem o quadro 20 permitem-nos afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.050$) e, consequentemente, que o presenteísmo evidenciado pelos enfermeiros que prestam cuidados gerais é semelhante àquele que é evidenciado pelos enfermeiros que prestam cuidados diferenciados ou que desempenham cargos de gestão.

Quadro 20: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função do tipo de cuidados

Escalas / Tipo de cuidados	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	z	p
SPS-6 – Distração evitada						
Gerais	297	216.38	2.61	2.67	-1.009	0.313
Diferenciados e Gestão	127	203.42	2.49	2.67		
SPS-6 – Trabalho completado						
Gerais	297	209.05	3.55	3.67	-0.892	0.372
Diferenciados e Gestão	127	220.57	3.61	3.67		
SPS-6 – Global						
Gerais	297	207.86	3.47	3.33	-1.202	0.229
Diferenciados e Gestão	127	223.35	3.56	3.33		
WLQ-8						
Gerais	297	213.98	3.86	4.00	-0.382	0.703
Diferenciados e Gestão	127	209.03	3.83	4.00		

Os resultados que se apresentam no quadro 21 foram obtidos ao comparar os valores das escalas SPS-6 e WLQ-8 e permitem-nos constatar que existem diferenças significativas nas duas dimensões da escala SPS-6 ($p < 0.001$ e $p = 0.010$) e na escala WLQ-8 ($p = 0.022$). Este facto aliado à análise dos resultados observados para as medidas de tendência central permitem-nos concluir que os enfermeiros com condição prévia de doença evidenciam valores mais elevados na dimensão distração evitada, na dimensão trabalho completado e no WLQ-8, ou seja, revelam maior presenteísmo que os enfermeiros sem condição prévia de doença.

Quadro 21: Comparação das escalas SPS-6 e WLQ-8 em função da condição prévia de doença

Escalas / **Condição prévia de doença**	**n**	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	**Md**	**z**	**p**
SPS-6 – Distração evitada						
Não	307	195.39	2.39	2.33	-4.708	**<0.001**
Sim	117	257.39	3.05	3.00		
SPS-6 – Trabalho completado						
Não	307	203.12	3.46	3.67	-2.571	**0.010**
Sim	117	237.12	3.84	4.00		
SPS-6 – Global						
Não	307	217.99	3.54	3.33	-1.505	0.132
Sim	117	198.10	3.39	3.33		
WLQ-8						
Não	307	220.91	3.92	4.00	-2.294	**0.022**
Sim	117	190.43	3.68	3.88		

Na sequência do estudo desenvolvido relativamente às escalas de presenteísmo procedemos, também, a estudos semelhantes envolvendo a escala CCO. São os resultados obtidos que apresentamos seguidamente.

Analisando o quadro 22 podemos verificar que a comparação dos CCO em função do género revelou a não existência de qualquer diferença estatisticamente significativa ($p > 0.050$). Este facto permite-nos afirmar que os CCO dos enfermeiros do género masculino são semelhantes aos do género feminino.

Quadro 22: Comparação da escala CCO em função do género

Escalas / Género	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	z	p
CCO – Dirigido à instituição						
Masculino	56	200.06	3.99	4.08	-0.816	0.415
Feminino	368	214.39	4.10	4.11		
CCO – Dirigido à pessoa						
Masculino	56	209.27	4.04	4.20	-0.212	0.832
Feminino	368	212.99	4.11	4.12		
CCO – Global						
Masculino	56	205.19	4.12	4.10	-0.479	0.632
Feminino	368	213.61	4.11	4.11		

A comparação dos CCO em função da idade (grupo etário) dos enfermeiros revelou (cf. quadro 23) que existem diferenças significativas na dimensão CCO - dirigido à instituição ($p = 0.010$) e no global da escala ($p = 0.012$). Da análise dos resultados das medidas de tendência central podemos afirmar que os enfermeiros mais velhos (idade ≥ 50 anos) tendem a evidenciar melhores comportamentos de cidadania organizacional.

Quadro 23: Comparação da escala CCO em função da idade

Escalas / Idade	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	χ^2	p
CCO – Dirigido à instituição						
≤ 39	170	195.16	4.02	4.03	9.312	**0.010**
40 – 49	126	209.37	4.08	4.06		
≥ 50	128	238.62	4.19	4.25		
CCO – Dirigido à pessoa						
≤ 39	170	206.61	4.09	4.15	5.473	0.065
40 – 49	126	199.45	4.06	4.03		
≥ 50	128	233.17	4.18	4.23		
CCO – Global						
≤ 39	170	199.15	4.06	4.06	8.775	**0.012**
40 – 49	126	203.42	4.07	4.11		
≥ 50	128	239.17	4.18	4.26		

Os resultados que se apresentam no quadro 24 revelam que existe diferença estatisticamente significativa na dimensão dos CCO – dirigidos à pessoa quando comparamos os dados em função das habilitações literárias (p = 0.005). Analisando os resultados médios e medianos concluímos que os enfermeiros com mestrado ou doutoramento tendem a revelar melhores comportamentos de cidadania organizacional dirigidos à pessoa que os enfermeiros que possuem bacharelato ou licenciatura.

Quadro 24: - Comparação da escala CCO em função das habilitações literárias

Escalas / **Habilitações literárias**	**n**	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	**Md**	**z**	**p**
CCO – Dirigido à instituição						
Bacharelato/Licenciatura	285	209.15	4.08	4.06	-0.806	0.420
Mestrado/Doutoramento	139	219.36	4.10	4.22		
CCO – Dirigido à pessoa						
Bacharelato/Licenciatura	285	200.94	4.06	4.06	-2.785	**0.005**
Mestrado/Doutoramento	139	236.21	4.19	4.29		
CCO – Global						
Bacharelato/Licenciatura	285	204.54	4.07	4.08	-1.917	0.055
Mestrado/Doutoramento	139	228.83	4.15	4.17		

A comparação dos CCO em função da localização geográfica (cf. quadro 25) revelou a não existência de qualquer diferença estatisticamente significativa (p > 0.050). Atendendo a este facto somos levados a afirmar que os comportamentos de cidadania organizacional dos enfermeiros são semelhantes nas várias localizações geográficas.

Quadro 25: Comparação da escala CCO em função da localização geográfica

Escalas / **Localização geográfica**	**n**	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	**Md**	χ^2	**p**
CCO – Dirigido à instituição						
Norte	133	220.16	4.12	4.22		
Centro	110	207.45	4.08	4.03	0.790	0.852
Lisboa e Vale do Tejo	121	209.58	4.09	4.06		
Outra	60	210.66	4.05	4.08		

Quadro 25: Comparação da escala CCO em função da localização geográfica (continuação)

Escalas / Localização geográfica	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	χ^2	p
CCO – Dirigido à pessoa						
Norte	133	223.94	4.15	4.23		
Centro	110	188.62	4.01	4.00	7.692	0.053
Lisboa e Vale do Tejo	121	227.44	4.17	4.24		
Outra	60	200.81	4.05	4.06		
CCO – Global						
Norte	133	222.21	4.13	4.17		
Centro	110	195.94	4.05	4.04	3.318	0.345
Lisboa e Vale do Tejo	121	219.32	4.13	4.14		
Outra	60	207.58	4.05	4.06		

Também a comparação dos CCO em função da organização em que o enfermeiro trabalha (cf. quadro 26) revelou a não existência de qualquer diferença significativa ($p > 0.050$). Este facto permite-nos concluir que não existem evidências estatísticas de que os comportamentos de cidadania organizacional dos enfermeiros que trabalham em organizações públicas sejam diferentes dos comportamentos evidenciados por aqueles que trabalham em organizações privadas ou organizações com parceria público-privada.

Quadro 26: Comparação da escala CCO em função da organização onde trabalha

Escalas / Organização onde trabalha	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	z	p
CCO – Dirigido à instituição						
Pública	364	213.09	4.09	4.11	-0.244	0.807
Privada/Parceria Público-Privada	60	208.93	4.07	4.08		
CCO – Dirigido à pessoa						
Pública	364	208.38	4.09	4.06	-1.706	0.088
Privada/Parceria Público-Privada	60	237.48	4.18	4.26		
CCO – Global						
Pública	364	210.43	4.09	4.11	-0.858	0.391
Privada/Parceria Público-Privada	60	225.08	4.12	4.20		

O tipo de organização em que o enfermeiro trabalha (públicas ou privadas) também parece não ter influência significativa ($p > 0.050$) sobre os seus comportamentos de cidadania organizacional (cf. quadro 27)

Quadro 27: Comparação da escala CCO em função da tipologia da organização

Escalas / Tipologia da organização	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	z	p
CCO – Dirigido à instituição						
Públicas	392	211.54	4.08	4.11	-0.563	0.573
Privadas	32	224.22	4.15	4.17		
CCO – Dirigido à pessoa						
Públicas	392	210.47	4.10	4.12	-1.193	0.233
Privadas	32	237.33	4.22	4.18		
CCO – Global						
Públicas	392	210.97	4.09	4.11	-0.897	0.370
Privadas	32	231.19	4.14	4.11		

Os resultados que constituem o quadro 28 resultaram do estudo da correlação entre os CCO e a antiguidade do enfermeiro na organização e na função. Verifica-se a existência de correlações fracas com a antiguidade na organização e muito fracas com a antiguidade na função. No entanto, as correlações entre os comportamentos de cidadania organizacional e a antiguidade na organização são estatisticamente significativos ($p < 0.050$). Atendendo que estas correlações são positivas podemos afirmar que os enfermeiros com maior antiguidade na organização tendem a evidenciar melhores comportamentos de cidadania organizacional.

Quadro 28: Correlação da escala CCO com a antiguidade na organização e na função

Escalas	Antiguidade na organização		Antiguidade na função	
	r_s	p	r_s	p
CCO – Dirigido à instituição	0.19	**<0.001**	0.09	0.055
CCO – Dirigido à pessoa	0.11	**0.031**	0.04	0.470
CCO – Global	0.17	**0.001**	0.08	0.111

A comparação dos CCO em função do vínculo laboral revelou os resultados que apresentamos no quadro 29. Verificamos que existem diferenças significativas na dimensão CCO-Dirigidos à instituição (p = 0.005) e nos CCO-Global (p = 0.049). Analisando os valores das medidas de tendência central somos levados a afirmar que os enfermeiros com Contrato de Trabalho da Função Pública tendem a revelar melhores comportamentos de cidadania organizacional que os profissionais cujo vínculo laboral é o Contrato Individual de Trabalho.

Quadro 29: Comparação da escala CCO em função do vínculo laboral

Escalas / **Vínculo laboral**	**n**	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	**Md**	**z**	**p**
CCO – Dirigido à instituição						
Contrato de Trabalho da Função Pública	270	220.73	4.14	4.22	-2.823	**0.005**
Contrato Individual de Trabalho	146	185.88	4.01	4.00		
CCO – Dirigido à pessoa						
Contrato de Trabalho da Função Pública	270	211.72	4.12	4.09	-0.744	0.457
Contrato Individual de Trabalho	146	202.54	4.09	4.18		
CCO – Global						
Contrato de Trabalho da Função Pública	270	217.03	4.13	4.17	-1.968	**0.049**
Contrato Individual de Trabalho	146	192.73	4.04	4.04		

O estudo comparativo dos valores das dimensões e do global da escala CCO em função do título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (cf. quadro 30) revelou a existência de diferenças significativas em todas as situações (p < 0.050). A análise dos valores médios e medianos revela que os profissionais com o título de Enfermeiro Especialista tendem a evidenciar melhores comportamentos de cidadania organizacional que aqueles que possuem o título de Enfermeiro.

Quadro 30: Comparação da escala CCO em função do título profissional atribuído pela OE

Escalas / **Título profissional**	**n**	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	**Md**	**z**	**p**
CCO – Dirigido à instituição						
Enfermeiro	198	192.92	4.02	4.00	-3.082	**0.005**
Enfermeiro Especialista	226	229.66	4.16	4.22		

Quadro 30: Comparação da escala CCO em função do título profissional atribuído pela OE (continuação)

Escalas / Título profissional	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	z	p
CCO – Dirigido à pessoa						
Enfermeiro	198	197.22	4.04	4.06	-2.404	**0.016**
Enfermeiro Especialista	226	225.88	4.16	4.24		
CCO – Global						
Enfermeiro	198	193.13	4.03	4.06	-3.048	**0.002**
Enfermeiro Especialista	226	229.47	4.16	4.17		

De igual modo a comparação da escala CCO em função do facto do enfermeiro possuir, ou não, alguma especialidade (quadro 31) revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas duas dimensões (p = 0.003 e p = 0.033) e no global (p = 0.004). Os resultados observados para as medidas de tendência central permitem-nos afirmar que os enfermeiros que possuem alguma especialidade evidenciam melhores comportamentos de cidadania organizacional face aos evidenciados pelos profissionais que não têm especialidade.

Quadro 31: Comparação da escala CCO em função de ter, ou não, alguma especialidade em enfermagem

Escalas / Especialidade em enfermagem	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	z	p
CCO – Dirigido à instituição						
Não	192	193.09	4.02	4.00	-2.969	**0.003**
Sim	232	228.57	4.15	4.22		
CCO – Dirigido à pessoa						
Não	192	198.53	4.04	4.06	-2.138	**0.033**
Sim	232	224.06	4.16	4.23		
CCO – Global						
Não	192	193.69	4.03	4.06	-2.876	**0.004**
Sim	232	228.07	4.15	4.17		

Os resultados que apresentamos no quadro 32 permitem-nos afirmar que a comparação da escala CCO em função do tipo de cuidados prestados pelos enfermeiros também revelou a existência de diferenças significativas em ambas as dimensões (p < 0.001 e p =

0.001) e no global (p < 0.001). Verificamos, ainda, que os enfermeiros que prestam cuidados diferenciados ou que exercem funções de gestão evidenciam melhores comportamentos de cidadania organizacional que os enfermeiros que prestam cuidados gerais.

Quadro 32: Comparação da escala CCO em função do tipo de cuidados

Escalas / **Tipo de cuidados**	**n**	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	**Md**	**z**	**p**
CCO – Dirigido à instituição						
Gerais	297	192.05	4.01	4.00	-5.259	**<0.001**
Diferenciados e Gestão	127	260.33	4.28	4.39		
CCO – Dirigido à pessoa						
Gerais	297	199.87	4.06	4.06	-3.248	**0.001**
Diferenciados e Gestão	127	242.04	4.23	4.29		
CCO – Global						
Gerais	297	193.65	4.03	4.03	-4.844	**<0.001**
Diferenciados e Gestão	127	256.58	4.26	4.31		

Comparando os valores da escala CCO em função da condição prévia de doença obtiveram-se os resultados que constituem o quadro 33. Como podemos constatar existe diferença significativa, unicamente, na dimensão CCO-dirigidos à instituição (p = 0.012) e os resultados médios e medianos revelam que os enfermeiros que não tinham condição prévia de doença tendem a evidenciar melhores comportamentos de cidadania organizacional naquela dimensão.

Quadro 33: Comparação da escala CCO em função da condição prévia de doença

Escalas / **Condição prévia de doença**	**n**	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	**Md**	**z**	**p**
CCO – Dirigido à instituição						
Não	307	221.69	4.13	4.17	-2.504	**0.012**
Sim	117	188.38	3.98	4.00		
CCO – Dirigido à pessoa						
Não	307	215.48	4.12	4.12	-0.812	0.417
Sim	117	204.68	4.07	4.12		

Quadro 33: Comparação da escala CCO em função da condição prévia de doença (continuação)

Escalas **Condição prévia de doença**	**n**	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	**Md**	**z**	**p**
CCO – Global						
Não	307	219.21	4.12	4.14	-1.827	0.068
Sim	117	194.89	4.03	4.06		

(Esta página foi propositadamente deixada em branco)

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O nosso estudo revelou-se um desafio muito aliciante uma vez que a avaliação, caracterização e medição do desempenho laboral, com especial enfoque no presenteísmo e nos comportamentos de cidadania organizacional, uma vez que o o seu impacto tem grandes repercussões na qualidade dos cuidados prestados aos utentes, bem como no ambiente laboral das instituições de saúde.

Este trabalho teve uma abrangência nacional, através da colaboração da Ordem dos Enfermeiros para a divulgação do estudo. No total preencheram o questionário 424 enfermeiros, que exerciam funções em instituições de saúde, num universo de aproximadamente 67000 que preenchiam critério para participar no estudo (OPSS, 2018), o que correspondeu a uma taxa de resposta de 0.63%.

A maioria dos enfermeiros que respondeu ao questionário é do género feminino (86.8%), com idade igual ou superior a 40 anos (59.9%), são licenciados (65.6%), trabalham na zona norte do país (31.4%), em instituições públicas de saúde (85.8%), exercem atividade profissional em unidades de cuidados continuados/ paliativos (52.6%), possuem o título de Enfermeiro Especialista (53.3%), sendo a especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica a que apresenta maior representatividade (13.4%).

Os enfermeiros apresentavam um tempo médio na organização de 16 anos e de 18 anos na função que exerciam. Quanto à relação jurídica com a instituição, 63.7% apresentavam contratos de trabalho em funções públicas. No que concerne à condição clínica, 72.4% dos enfermeiros relataram não ter nenhuma condição prévia de doença.

Comparativamente a outros estudos que analisaram a variável presenteísmo (Brborovic *et al*. 2014; Cicolini *et al*., 2016; Laranjeira, 2013; Martinez & Ferreira, 2011; Paschoalin *et al*., 2013; Santos *et al*., 2018; Silva *et al*., 2019; Umann *et al*., 2012), o número de enfermeiros do presente estudo foi superior. Apenas o estudo de Skela-Savic *et al*. (2017), apresentou uma amostra superior, com um total de 1744 enfermeiros. De referir que, tal como o nosso estudo, o trabalho desta autora foi realizado num contexto nacional (Eslovénia). Em todos os estudos, houve igualmente um predomínio do número de mulheres participantes em relação ao número de homens, o que traduz a sua

representatividade na profissão de enfermagem (Brborovic *et al*. 2014; Cicolini *et al*., 2016; Ferreira *et al*., 2011; Laranjeira, 2013; Martinez & Ferreira, 2011; Paschoalin *et al*., 2013; Santos *et al*., 2018; Silva *et al*., 2019; Skela-Savic *et al,*. 2017; Umann *et al*., 2012).

Para a análise do presenteísmo e dos CCO foram utilizados três escalas: a SPS-6 e WLQ-8 (presenteísmo) e a escala de comportamentos de cidadania organizacional para enfermeiros. Relativamente às propriedades psicométricas, as escalas WLQ-8 e a SPS-6 apresentam boas propriedades psicométricas, que se traduzem numa consistência interna (muito boa) de 0.860 e 0.805 respetivamente. Estes valores vêm ao encontro dos resultados obtidos por outros autores (Ferreira *et al*., 2011; Koopmann *et al*., 2002; Laranjeira, 2013; Paschoalin *et al*., 2013; Umann *et al*., 2012). No que concerne à análise fatorial, para a escala WLQ-8, emerge apenas um fator, que explica 53% da variância; para a escala SPS-6 emergiram 2 fatores, que explicam 77,9% da variância. Estes dois fatores foram nomeados de "distração evitada" (Fator 1) e "trabalho completado" (Fator 2) e vêm igualmente ao encontro dos resultados apresentado por Koopmann *et al*. (2002), Ferreira *et al*. (2011) e Laranjeira (2013). Para a escala de CCO, a análise psicométrica revelou uma boa consistência interna (0.883); da análise fatorial emergiram dois fatores que explicam o total de 36.5% da variância. Estes fatores foram descritos como "comportamentos de cidadania organizacional dirigidos à pessoa" e comportamentos de cidadania organizacional dirigidos à instituição". Estes resultados vêm ao encontro dos anteriormente descritos nos estudos de Gaspar e Jesuíno (2009), bem como no estudo de Nunes (2013).

O presente estudo é constituído por quatro questões que nortearam a nossa investigação:

Questão de investigação 1 - "Quais são as variáveis sociodemográficas (idade, género, habilitações literárias, tipo de organização, antiguidade na organização, antiguidade na função, vínculo laboral, regime de trabalho e categoria profissional) e de saúde que melhor se relacionam com o presenteísmo e com os comportamentos de cidadania organizacional?". Para esta questão, a análise estatística do nosso estudo revelou que apenas existem correlações que são estatisticamente significativas para o género, sendo que as mulheres tendem a apresentar valores mais elevados na dimensão distração evitada (SPS-6) e na organização onde trabalha, sendo que esta variável se correlaciona

positivamente com a SPS-6, quer para a dimensão trabalho completado, quer para a avaliação global da SPS-6. Isto significa que, os enfermeiros que trabalham em organizações públicas de saúde conseguem ter um maior desempenho, mesmo quando apresentam limitações descritas como presenteísmo, em comparação com os enfermeiros que exercem funções em instituições de saúde privadas. A condição prévia de doença apresentou uma correlação com as escalas de presenteísmo, tendo ficado comprovado que os enfermeiros com condição prévia de doença apresentavam maiores níveis de presenteísmo do que os enfermeiros saudáveis. Para todas as outras variáveis sociodemográficas e laborais, não se verificaram correlações estatisticamente significativas.

Questão de investigação 2 - "como se caracterizam os comportamentos de cidadania organizacional dos enfermeiros participantes no estudo?". Através do tratamento estatístico, em particular da análise fatorial, emergiram dois fatores, que se traduzem em comportamentos dirigidos à pessoa e comportamentos dirigidos à instituição, como foi referido anteriormente. Da análise dos dados obtidos, os enfermeiros que participaram no estudo evidenciaram bons comportamentos de cidadania organizacional, sendo que a média era melhor nos comportamentos dirigidos à pessoa.

Questão de investigação 3 - "quais são as características de presenteísmo nos enfermeiros que participantes?". No que concerne à SPS-6, este instrumento assumiu duas dimensões distintas, uma direccionada para a distracção evitada e outra para o trabalho completado. A WLQ-8 assumiu apenas uma dimensão (global) de comportamento. Estes resultados corroboraram os resultados de estudos previamente realizados (Ferreira et al., 2010; Laranjeira, 2013). Através da análise estatística, podemos concluir que os enferemeiros evidenciaram níveis intermédios de presenteísmo, ou seja, apresentavam uma capacidade relativamente baixa de concentração e de realização de tarefas para as quais estavam destinados quando estavam com problemas de saúde e que as deonças/ limitações interferiram de um modo acentuado com o seu trabalho, traduzindo-se na perda de produtividade.

Questão de investigação 4 - "existe relação entre as variáveis presenteísmo (SPS-6 e WLQ-8) e os comportamentos de cidadania organizacional?". Através da análise estatística, conseguimos confirmar que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa

entre as escalas de presenteísmo SPS-6 (ambas dimensões e global) e WLQ-8, na imensão distração evitada e a escala de CCO.

No que concerne ao teste de hipóteses, relativamente à hipótese 1: "Existe correlação positiva entre os comportamentos de cidadania organizacional e o presenteísmo", esta hipótese foi verificada, existindo, como foi descrito anteriormente, correlação positiva entre as dimensões da SPS-6 e o global e entre a escala de CCO, bem como entre a escala WLQ-8 e a escala de CCO.

No que concerne à hipótese 2) a) "Os comportamentos de cidadania organizacional são correlacionados com as variáveis sociodemográficas", esta (hipótese) foi verificada para dimensão CCO – Dirigido à Instituição correlacionada com a idade uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas, sendo que os enfermeiros com idade superior ou igual a 50 anos tendem a apresentar melhores comportamentos de cidadania organizacional. De igual forma foram verificadas correlações estatisticamente significativas entre a dimensão CCO – Dirigido à pessoa e as variáveis habilitações literárias; os enfermeiros que possuem um grau académico com mestrado ou doutoramento tendem a apresentar melhores CCO - Dirigidos à pessoa que os enfermeiros que possuem bacharelato ou licenciatura.

Relativamente à hipótese 2) b) "Os comportamentos de cidadania organizacional são correlacionados com as variáveis clínicas", a análise dos dados permitiu concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão CCO – Dirigidos à Instituição e a condição prévia de doença. Os enfermeiros que não tinham condição prévia de doença tendem a apresentar melhores CCO nesta dimensão.

Para a hipótese 2) c) "Os comportamentos de cidadania organizacional são correlacionados com as variáveis profissionais", verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para algumas variáveis; Na comparação entre os CCO e o vínculo laboral, verificaram-se diferenças nas dimensões CCO – Dirigidos à Instituição e CCO – Global, o que permite concluir que os enfermeiros com CTFP têm melhores CCO que os enfermeiros com CIT. Na comparação da escala de CCO e o título profissional atribuído pela OE, verificaram-se igualmente diferenças significativas em todas as dimensões dos CCO e no global, podendo-se desta forma concluir que os enfermeiros

especialistas apresentam melhores CCO do que os enfermeiros de cuidados gerais. Esta situação é idêntica quando realizamos a comparação entre os enfermeiros em funções de gestão e os enfermeiros de cuidados gerais; Verificou-se igualmente que os enfermeiros em função de gestão apresentam melhores CCO em todas as dimensões e no global.

No que concerne à hipótese 3) a) "Existe correlação entre o presenteísmo e as variáveis sociodemográficas", verificou-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão da escala SPS-6 – Distração evitada e o género, concluindo-se que o género feminino tende a apresentar valores mais elevados de distracção evitada do que o género masculino. As restantes variáveis sociodemográficas não apresentaram correlação estatisticamente significativa com as escalas de presenteísmo.

Para a hipótese 3) b) "Existe correlação entre o presenteísmo e as variáveis clínicas", verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas para ambas dimensões da SPS-6 (embora não exista para o global), bem como para a WLQ-8, traduzindo-se em maiores níveis de presenteísmo em enfermeiros com condição prévia de doença do que os enfermeiros sem condição prévia de doença. Permite igualmente evidenciar sensibilidade clínica das escalas.

A hipótese 3) c) procura saber se "Existe correlação entre o presenteísmo e as variáveis profissionais". Para esta hipótese, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis tipologia de organização e organização propriamente dita onde os enfermeiros exercem funções; para a dimensão da SPS-6 - trabalho completado, os enfermeiros que trabalham em organizações públicas tendem a apresentar maior presenteísmo do que aqueles que trabalham em instituições privadas ou público-privadas.

A análise e interpretação do presenteísmo pode ter por base uma questão clínica ou uma questão económica. O nosso estudo pretendeu avaliar o presenteísmo na sua componente clínica, indo ao encontro de outros estudos realizados com enfermeiros (Letvak, *et al*., 2012). Apesar de não ser finalidade nem objetivo do nosso estudo identificar custos associados ao presenteísmo, a revisão da literatura permitiu-nos identificar alguns estudos que revelavam o impacto financeiro e económico associado ao

fenómeno; Letvak *et al*. (2012) calcularam que o impacto económico anual, em enfermeiros norte-americanos, associado à perda de produtividade ascende aos 22667 M$ e a diminuição da qualidade dos cuidados estima-se em 4070 M$. Para além do impacto económico, estes autores referem que o presenteísmo se correlaciona com indicadores de qualidade associados aos cuidados de enfermagem, como sejam erros na medicação ou aumento do número de quedas. Dados apresentados por Rantanen e Tuominen (2011) para a realidade sociocultural e laboral finlandesa referem que o custo global médio para o presenteísmo num período de 4 semanas foi de 589.26€ por pessoa, sendo que os custos associados ao absenteísmo foram de 373.87€.

Face aos resultados apresentados, o presente estudo pretende contribuir para uma melhoria da saúde ocupacional dos profissionais de saúde que exercem funções em instituições de saúde, bem como de analisar os CCO, com especial enfoque nos enfermeiros. Assim, são sugeridas algumas intervenções, que passam por criar condições que permitam aos trabalhadores encontrar um balanço entre a vida pessoal e a vida laboral. O trabalhador pode enfrentar exigências laborais e familiares conflituantes, podendo ser um desafio conseguir conciliá-las, o que pode levar a conflitos de tempo, compromisso e apoio. A vida fora do trabalho é importante não apenas por causa dos relacionamentos que aí se constroem, mas também devido às oportunidades necessárias para desligar e relaxar dos desafios do trabalho. Portanto, torna-se importante conseguir um equilíbrio adequado entre o trabalho e a vida familiar e laboral (Pinho, 2015).

Aysun e Bayran (2017) dão enfoque a esta questão, acrescentando o fato de que os enfermeiros possuem baixas remunerações apesar do esforço físico e mental a que estão expostos. Desta forma, baixas dotações de profissionais podem condicionar o desempenho no local de trabalho. Ainda para os mesmos autores, uma vez que é sobejamente identificado que os hospitais são locais onde o risco de contrair algum tipo de infeção é mais elevado, a realização de rastreios junto dos profissionais de saúde deve ser frequente. Com base nestes rastreios devem ser tomadas as devidas medidas, que devem incluir a vacinação (com especial enfoque para as gripes sazonais), o aconselhamento médico e nutricional e a realização de sessões de educação para a saúde.

Pinho (2015) identificou alguns riscos psicossociais associados às atividade laboral. Embora o presenteísmo não esteja descrito, pode ser incluído. A ação dos líderes e gestores para a diminuição destes riscos é uma função ambiciosa, que poderá trazer grandes vantagens para o funcionário/ colaborador e para a organização, e que deve incluir: a) a capacidade de adaptar os conteúdos do trabalho que promova a eficiência e efetividade, através de ciclos curtos, aproveite as melhores competências dos funcionários e evite a repetição de tarefas; b) a carga e o ritmo de trabalho deverá ser adaptado para não ser um fator gerador de stresse, quer por excesso, quer por defeito; c) os horários de trabalho deverão ser mais flexíveis, devendo haver uma especial atenção para o trabalho por turnos que se constitui como um compromisso ao bem-estar, capaz de podem influenciar a disponibilidade temporal e emocional para as relações da esfera pessoal e laboral.

A mesma autora identificou ainda questões associadas ao controlo. Quando o funcionário/ colaborador assume autonomia na tomada de decisão relativa ao seu trabalho, este terá um maior grau de satisfação e um maior compromisso com a organização. Questões associadas à segurança ambiental e de equipamentos [más condições ambientais como sejam pouca iluminação, ruido excessivo ou temperatura e humidade elevadas] podem dificultar a concentração e aumentar o risco de erro. Cabe por isso aos líderes e gestores assumirem a responsabilidade de efetivarem medidas para evitar lesões associadas ao exercício profissional.

Outro dos fatores de risco psicossociais identificados são as relações interpessoais. Neste caso, os relacionamentos podem ser promotores de stresse, quer por atos de discriminação, más relações entre pares e superiores hierárquicos ou comportamentos despropositados identificados como *bullying/ mobbing* que visam essencialmente adotar um comportamento pejorativo em relação a outro funcionário/ colaborador. Com o objetivo de constranger, vitimizar, humilhar, prejudicar ou ameaçar, o *bullying* pode envolver violência (física, verbal ou psicológica), intimidação, ou assédio sexual, bem como atos mais subtis como isolamento físico ou social, a supervisão excessiva, as críticas infundadas, o empobrecimento de tarefas, a sonegação de informações e perseguições no trabalho (João, 2013; Pinho, 2015). O objetivo destas condutas é o de tornar a vida de uma pessoa impossível, provocando um desgaste constante e degradando o clima de

trabalho, o que pode levar ao afastamento da vítima da comunidade de trabalho e, consequentemente, colocar em perigo o seu emprego. Existe uma pluralidade de fatores apontados como facilitadores do aparecimento de *bullying/mobbing*, entre os quais: deficiente organização do trabalho; dificuldades na gestão de conflitos; carga excessiva de trabalho devido à escassez de elementos ou má distribuição dos mesmos; insatisfação do trabalho; trabalho intensivo; elevado grau de competitividade; baixa estabilidade no emprego e situação laboral precária; recursos precários (humanos e materiais); tarefas monótonas e com pouca autonomia; elevado nível de stresse e práticas de gestão pouco claras e por vezes perversas. Exemplificando, a prática de enfermagem constitui um potencial risco para o aparecimento de *bullying/ mobbimg*, uma vez que os enfermeiros trabalham em equipas multidisciplinares, sob stresse constante, não só por causa dos doentes, como também pela relação com a equipa (gestão de conflitos). No âmbito da profissão de Enfermagem, vive-se constantemente a precaridade de recursos humanos e/ou materiais, a rotina, o trabalho por turnos, o ritmo de trabalho exigente, a pouca autonomia, entre outros, que representam, alguns dos fatores desencadeantes de *bullying/mobbing*. Fornecer formação e orientação aos trabalhadores sobre estes fenómenos e como abordá-los reduz efetivamente o risco e pode ajudar a torná-las menos stressantes. É importante ter políticas e procedimentos implementados para abordar tal comportamento, permitindo que o mesmo seja comunicado e levado em conta (id).

Uma das razões para o presenteísmo é a impossibilidade de um funcionário/ colaborador poder transferir a responsabilidade do seu trabalho para outro, como tal, cabe aos líderes e gestores uma maior capacidade de otimização dos seus recursos humanos e dos doentes entre os elementos da equipa, de forma a diminuir este dano. Deve ser igualmente tomado em consideração a gestão do horário e da carga de trabalho junto dos profissionais, para que, aqueles que tenham mais fatores de risco associados ao presenteísmo possam ter especial atenção e serem salvaguardados (Brborovic *et al*., 2017). O desenvolvimento da carreira pode ser uma fonte de stresse quando existe estagnação e incerteza, quando o trabalhador é sub-promovido ou sobre-promovido, ou quando a remuneração é baixa ou à comissão. No que diz respeito à remuneração, por exemplo, uma compensação financeira justa e adequada, que permita ao trabalhador

manter um padrão de vida apropriado, é uma das características fundamentais responsáveis pelo bem-estar no trabalho. Finalmente, a existência de insegurança laboral e de baixo valor social para trabalhar podem, também, ser fatores de risco psicossociais para os trabalhadores (Pinho, 2015)

As novas formas de contratação e de vinculação caraterizam-se pelo aparecimento de contratos mais precários, a subcontratação e a insegurança no posto de trabalho. Os funcionários/ colaboradores com contratos precários normalmente executam tarefas mais perigosas, em piores condições, e recebem menos formação. Esta falta de estabilidade laboral e contratual pode aumentar os níveis de stresse e ansiedade do trabalhador. Cabe aos decisores políticos a criação de políticas de saúde de saúde suficientemente abrangentes que forneçam particular suporte aos trabalhadores cujo vínculo laboral seja mais precário, garantindo desta forma uma maior cobertura e proteção em situações de doença (Rainbow & Steege, 2017).

De forma a fomentarem CCO nos enfermeiros, as instituições de saúde devem incentivar e promover a formação, uma vez que os estudos encontrados evidenciam que os enfermeiros com mais formação acreditam mais nas suas competências, estão mais satisfeitos e mais predispostos a adotarem comportamentos baseados no altruísmo, na conscienciosidade e na virtude cívica (que são comportamentos caracterizadores de cidadania organizacional) (Biagioli *et al.*, 2018). Se um profissional, em particular um enfermeiro, se sentir confiante na realização da sua função, terá maior propensão a ter apreço pelo seu trabalho, encarar as experiencias no trabalho como mais positivas, assistir os colegas que apresentam problemas relacionados com o trabalho e resolver problemas do quotidiano laboral, que muitas vezes não são prioritários, mas que podem ser importantes.

Uma vez que os cuidados de excelência são influenciados pela competência dos profissionais e pela cultura organizacional, é fundamental que os lideres, gestores e/ ou decisores garantam a capacitação dos profissionais, em particular dos enfermeiros. Assim, uma das formas de capacitação passa por realçar a competência profissional, de forma a aumentar a satisfação profissional e desempenho nas atividades extra-papel, resultando em ganhos quer para o profissional, quer para a organização. A liderança no seio das equipas tem também um papel importante, sobretudo na capacidade de mediar

comportamentos individuais em pro-sociais. Feather *et al.* (2018) identificam uma forte correlação entre CCO e a perceção de apoio dos enfermeiros por parte dos chefes e gestores.

O esforço que as instituições de saúde fazem para reforçar e manter os valores da enfermagem e para potencializar as aptidões e capacidades dos enfermeiros estão diretamente relacionados com a manutenção da reputação, eficiência e qualidade das próprias instituições. Feather *et al.* (2018) identificaram que CCO foram positivamente associados com sistemas onde os funcionários têm oportunidade de demonstrar envolvimento na tomada de decisão.

Para O´Grady (2018) os CCO devem ser fomentados e desenvolvidos por uma organização e pelos seus gestores. Existem áreas concretas onde os gestores podem atuar para potencializar os CCO, que incluem as relações de alta qualidade, o sentimento de reconhecimento de justiça e clima ético na organização, reconhecimento, atração e retenção de funcionários e colaboradores.

Através dos resultados obtidos neste estudo, conjugados com a evidência encontrada na revisão teórica, sugerimos um modelo estrutural que permite descrever uma teoria para o presenteísmo e para os CCO. Este modelo poderá servir para futuras pesquisas sobre estes dois conceitos. Assim, tendo por base o modelo estruturado por Lohaus e Habermann (2019), o nosso modelo inclui igualmente ambiente organizacional o grande fator influenciador sobre o indivíduo, as relações laborais e a organização. O ambiente organizacional inclui a cultura organizacional, a ética profissional e o compromisso organizacional, para além das políticas de saúde, o clima social e a economia laboral.

Dentro das variáveis individuais incluem-se o estado de saúde e as suas condicionantes no desempenho da função laboral, vulnerabilidade individual (neste grupo incluem-se em particular os gestores, os funcionários com altas taxas de absenteísmo, funcionários com problemas económicos, com filhos pequenos ou com idades mais avançadas), stresse laboral, estilo de vida, compromisso afetivo (por exemplo, depressão), envolvimento no trabalho, satisfação/ realização profissional e dificuldades económicas

No que concerne às variáveis relacionadas com o trabalho, estas incluem o conjunto de exigências relacionadas com a carga laboral, as exigências de tempo (tempo de exposição,

número de horas de trabalho), balanço entre a vida pessoal e a vida laboral, a liderança no seio da equipa, o apoio das estruturas hierárquicas superiores e a relação com os mesmos, a gestão de conflitos laborais e a tipologia de trabalho realizado.

As variáveis organizacionais por seu turno incluem as políticas laborais de saúde, a dotação de funcionários (dotações insuficientes), suporte organizacional, insegurança laboral, descriminação, *mobbing/ bullying*, *donwsizing* organizacional[2], sistemas de pagamento e incentivos de produtividade e exigências laborais.

Estes três grupos de variáveis conjugadas poderão funcionar como fatores potenciadores ou inibidores dos CCO e do presenteísmo, sendo que o resultado terá consequências a nível sócio ambiental, económico, cultural e financeiro.

[2] NDT: Redução dos efectivos numa organização (Pina e Cunha *et al*, 2016)

(Esta página foi propositadamente deixada em branco)

CONCLUSÃO:

Uma vez finalizado o estudo, é importante fazer uma resenha de todo o processo de investigação e identificar os pontos significativos durante a operacionalização do mesmo.

A escolha do tema de investigação foi desafiante, atendendo que era nosso almejo poder desenvolver um trabalho que fosse simultaneamente pertinente do ponto de vista académico, que tivesse impacto na gestão dos serviços de saúde e na identificação de necessidades de elaboração de políticas de saúde. A seleção da temática dos CCO e do presenteísmo constituiu-se como uma decisão muito bem ponderada, uma vez que trouxe grande interesse e motivação em todo o processo de investigação. A revisão da literatura permitiu uma consolidação teórica dos temas a abordar e os instrumentos de avaliação revelaram-se uma escolha adequada.

Do nosso estudo emergiram alguns dados que nos permitem inferir algumas conclusões. O presenteísmo e os CCO são comportamentos que se correlacionam no global, ou seja, quanto melhor é a condição de saúde dos enfermeiros, melhor é o envolvimento na cultura organizacional. Esta conclusão vem ao encontro do que foi apresentado na discussão dos resultados, sobre a necessidade de criar condições laborais que permitam aos enfermeiros potenciar as suas competências num ambiente que garanta: a) bem-estar físico, evitando lesões por repetição de tarefas ou cargas de trabalho excessivas; b) o bem-estar emocional, através de horários de trabalho flexíveis que garantam que não existe sobrecarga ou a criação e implementação de programas de apoio que permitam gerir o stresse associado ao desempenho das funções; c) o bem-estar social, que permita igualmente aos enfermeiros conciliar melhor a sua vida laboral e familiar, mas também de medidas que permitam a dimunuição dos conflitos laborais em particular a comportamentos pejorativos como são o *bullying* e o *mobbing.*

Os enfermeiros com idade superior a 50 anos tendem a adotar melhores CCO dirigidos à insttuição, algo que pode ser explicado pelo envolvimento mais prolongado que estes profissionais têm com os serviços e instituições nos quais desempenham funções, criando um sentimento de pertença, solidificado ao longo dos anos de trabalho. Igual motivo

pode ser considerado no facto dos enfermeiros com CTFP apresentarem melhores CCO dirigidos à instituição, uma vez que esta modalidade contratual já não existe nos enfermeiros com menos de 20 anos de carreira. Para além disso, como foi referido na discussão, as novas formas de contratação (mais precárias) associado a um *downsizing* organizacional que se verifica em algumas instituições, cria algum sentimento de volatilidade e isso impossibilita aos enfermeiros mais novos o desenvolvimento de um sentimento de pertença à instituição. Cabe aos decisores políticos a criação de políticas laborais que garantam formas de contratação mais efetivas, mas também o desenvolvimento de uma carreira que garanta aos enfermeiros uma remuneração justa e adequada e com possibilidades de progressão na instituição.

Os resultados do nosso estudo permitiram-nos igualmente constatar que a formação tem uma correlação positiva com os CCO, de encontro ao discutido anteriormente. Os enfermeiros que apresentam graus académicos mais avançados (mestrado e/ ou doutoramento) ou título de enfermeiro especialista, tendem a adotar melhores CCO. Situação idêntica ocorre com os enfermeiros em funções de gestão. Este resultado permite-nos concluir que quanto maior for o nível de formação mais elevado é o grau de confiança com que um enfermeiro atua na organização e em prol dos seus utentes, sendo que a confiança garante igualmente maior satisfação e melhor desempenho. Face a esta evidência, cabe aos gestores das instituições de saúde a necessidade de implementar planos de formação adequados, que respondam às necessidades formativas dos enfermeiros e incentivem os colaboradores a procurar formação avançada cada vez mais diferenciada.

No que concerne aos resultados associados ao presenteísmo, os dados demonstraram que os enfermeiros que trabalham em instituições públicas de saúde tendem a apresentar maiores níveis de presenteísmo do que os enfermeiros que trabalham em instituições privadas ou público-privadas. Tendo em conta este resultado, urge a necessidade de criação de políticas de saúde laborais mais eficazes, programas de monitorização de saúde dos enfermeiros, mas também a otimização do ambiente laboral, com a dotação de enfermeiros em função das reais necessidades de cuidados dos utentes.

Ficou igualmente demonstrado através dos instrumentos utilizados, que os enfermeiros que apresentavam uma limitação na sua condição de saúde apresentavam um maior nível de presenteísmo, o que credibiliza a utilização destes instrumentos na avaliação do fenómeno.

Como foi referido anteriormente, este estudo teve um alcance nacional e como tal, foi possível realizar um diagnóstico de situação sobre a problemática presenteísmo e igualmente fazer uma caracterização dos CCO, algo que nunca havia sido feito previamente em nenhum outro trabalho, com este nível de abrangência. Tendo sido identificadas variáveis que afetam o presenteísmo e melhor se associam aos CCO. Por outro lado, e com base na evidência produzida, estamos convictos que será possível delinear algumas estratégias de intervenção, designadamente: a implementação de medidas sócio-laborais, educacionais e de saúde que permitam reduzir o fenómeno do presenteísmo nas instituições de saúde.

Limitações e Sugestões

O estudo não é isento de limitações. Apesar da amostra ser composta por 424 participantes, esta corresponde a uma percentagem inferior a 1% do universo total de enfermeiros do país, que prestam cuidados em instituições de saúde, o que pode limitar a generalização dos resultados. Para além disso, a percentagem de enfermeiros com os diferentes títulos de especialista que responderam ao questionário não foi equitativa, o que não permitiu inferir dados em tendo por base as respetivas áreas de especialidade. Sugere-se que num próximo estudo possa haver uma maior homogeneidade amostral atendendo à atual distribuição do número de enfermeiros por áreas geográficas. Adicionalmente, futuras amostras devem incluir outros grupos profissionais na área da saúde, de forma a poderem ser feitas comparações entre classes profissionais.

A escolha do período de janeiro a abril de 2019 para a colheita dos dados deveu-se a uma maior prevalência dos enfermeiros nos serviços, uma vez que, tradicionalmente, não correspondem a um período *major* de férias, como acontece nos meses compreendidos entre maio e setembro. Todavia, este período que corresponde a meses de inverno e primavera, meses onde o potencial de limitação física é maior (por exemplo por gripe),

pode interferir no preenchimento da SPS-6 e WLQ-8, uma vez que os inquiridos foram convidados a responder sobre a sua experiência em saúde no último mês. Esta situação já havia sido identificada como uma limitação no estudo de Brborovic *et al.* (2014) e foi ponderada para o nosso estudo.

Outra questão que se coloca diz respeito à nossa discussão dos dados e comparação com outros estudos. A globalização do mercado de trabalho tende a criar um paradigma mais ou menos transversal entre alguns países que partilham realidades culturais próximas ou que estão sujeitos a alguma legislação respeitante às questões sócio-laborias e de proteção de saúde dos trabalhadores, como sejam os países da União Europeia. Porém, a maioria das políticas de saúde são distintas, bem como os modelos de financiamento de saúde, o que reflete em diferentes formas de abordagem do presenteísmo. O mesmo se passa com os CCO, uma vez que a perceção comportamental no meio laboral é influenciada por fatores culturais e de género. Deste modo o nosso estudo pode ser replicado para outros contextos socio-laborais e culturais, desde que com a devida cautela. Para além disso, dada a escassez de estudos nacionais sobre CCO, aliado ao facto dos estudos internacionais serem algo ambíguos, uma vez que os instrumentos de avaliação que apresentam não são idênticos e não foram aplicados a populações de enfermeiros, contribuiu a que não fosse possível comparabilidade de resultados.

Sugere-se ainda que, num futuro estudo se possa realizar uma avaliação do impacto económico do presenteísmo, uma vez que não existe nenhum estudo português que tenha realizado essa avaliação até ao momento.

O nosso estudo contribuiu para a reflexão que do que constitui o presenteísmo, para a necessidade de definição de estratégias e políticas de saúde que permitam salvaguardar a integridade física, moral e intelectual dos trabalhadores, em particular dos enfermeiros portugueses, bem como a importância da criação e consolidação de um ambiente e cultura organizacional que fomente o envolvimento e potencialização das capacidades dos trabalhadores.

REFERêNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Admasachew, L., Dawson, J., (2011). *The association between presenteeism and engagement of National Health Service staff.* **Journal of Health Services Research & Policy**. 16 (Suppl. 1), 29 – 33.

Agudelo-Suárez, A. A., Benavides, F. G., Felt, E., Ronda-Pérez, E., Vives-Cases, C., &García, A. M. (2010*). Sickness presenteeism in Spanish-born and immigrant workers in Spain*. **BMC Public Health**, 10, 791.

Al Nuhait, M., Al Harbi, K., Al Jarboa, A., Bustami, R., Alharbi, S., *et al*.. (2017). *Sickness presenteeism among health care providers in an academic tertiary care center in Riyadh*. **Journal of Infection and Public Health**, 10, 711–715.

Ammendolia, C., Côté, P., Cancelliere, C., Cassidy, J. D., Hartvigsen, J., Boyle, E., Amick, B. (2016). *Healthy and productive workers: Using intervention mapping to design a workplace health promotion and wellness program to improve presenteeism*. ***BMC Public Health***, 25(16), 1190.

Aronsson, G., Gustafsson, K., (2005). *Sickness presenteeism: prevalence, attendance pressure factors, and an outline of a model for research*. **Journal of Occupational. Environmental Medicine**. 47 (9), 958 - 966.

Aronsson, G., Gustafsson, K., Dallner, M., (2000). *Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism*. **Journal of Epidemiology and Community Health.** 54 (7), 502-509.

Aysun, K., & Bayram, Ş. (2017). *Determining the level and cost of sickness presenteeism among hospital staff in Turkey*. **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, 19, 1–9.

Baker-McClearn, D., Greasley, K., Dale, J., Griffith, F., (2010). *Absence management and presenteeism: the pressures on employees to attend work and the impact of attendance on performance***. Human Resource Managment. Journal.** 20 (3), 311 - 328.

Bateman, T. S. e Organ, D. W. (1983). *Job Satisfaction and the good soldier: The relationship between affect and employee "Citizenship"*, ***Academy of Management Journal***, *26*, 587-595.

Becker, K. e Smidt, M. (2016) – *A risk perspective on human resource managment: A review and directions for future research*. **Human Resource Managment Review**, 22(6): 149-165

Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G., Josephson, M., (2009). *Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? a prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism*. **Journal of Occupational and Environmental Medicine.** 51 (6), 629 – 638

Biagioli V, Prandi C, Nyatanga B, Fida R (2018) - *The Role of Professional Competency in Influencing Job Satisfaction and Organizational Citizenship Behavior Among Palliative Care Nurses*. **The Journal of Hospice & *Palliative Nursing*,** 20(4):377-384

Bockerman, P., Laukkanen, E., (2009). *Presenteeism in Finland: determinants by gender and the sector of economy*. **Ege Academic Review**. 9 (3), 1007–1016.

Brborović H, Daka Q, Dakaj K, Brborović O. (2017) - *Antecedents and associations of sickness presenteeism and sickness absenteeism in nurses: A systematic review*. ***International Journal* of *Nursing Practice*,** 23(6), 1-13

Brborovic,H; Brborovic, O.; Brumen, V.; Pavlekovic, G.; Mustajbegovic, J.(2014) - *Are nurse presenteeism and patient safety culture associated: a cross-sectional study*. **Arhiv Za Higijenu Rada I Toksikologiju**, 65:149-156

Burton, W. N., Chen, C.-Y., Conti, D. J., Schultz, A. B., & Edington, D. W. (2006). *The association between health risk change and presenteeism change*. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, 48(3), 252–263.

Burton, W. N., Conti, D. J., Chen, C.-Y., Schultz, A. B., & Edington, D. W. (1999). *The role of health risk factors and disease on worker productivity.* **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, 41(10), 863–877

Caverley, N., Cunningham, J.B., MacGregor, J.N., (2007). *Sickness presenteeism, sickness absenteeism, and health following restructuring in a public service organization*. **Journal of Management Studies**. 44 (2), 304- 319.

Cicolini, G., Della Pelle, C., Cerratti, F., Franza, M., & Flacco, M. E. (2016). *Validation of the Italian version of the Stanford Presenteeism Scale in nurses*. **Journal of Nursing Management**, 24(5), 598–604.

Collins, J. J., Baase, C. M., Sharda, C. E., Ozminkowski, R. J., Nicholson, S., Billotti, G. M., Berger, M. (2005). *The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers*. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, 47, 547–557.

Cooper, C. L., & Lu, L. (2016). *Presenteeism as a global phenomenon: Unraveling the psychosocial mechanisms from the perspective of social cognitive theory*. **Cross Cultural & Strategic Management**, 23(2), 216–231.

Coutinho, C. (2019). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática (2.ª Edição)*. Edições Almedina: Coimbra.

Demerouti, E., Le Blanc, P.M., Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Hox, J., (2009). *Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout*. **Career Development International**. 14 (1), 50 - 68.

d'Errico, A., Ardito, C., & Leombruni, R. (2016). *Work organization, exposure to workplace hazards and sickness presenteeism in the European employed population*. **American Journal of Industrial Medicine**, 59(1), 57–72.

DGS (2018) – *Programa Nacional de Saúde Ocupacional* (PNSOC) – Extensão 2018/ 2020. Lisboa. DGS

Dickson, V.V., (2013*). Presenteeism among older workers (45 years) with coronary heart disease: an integrative literature review*. **Open Public Health Journal**. 6, 31 - 41.

Elstad, J. I., & Vabo, M. (2008). J*ob stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care*. **Scandinavian Journal of Public Health**, 36, 467–474.

Feather J, McGillis Hall L, Trbovich P, Baker GR. (2018) - *An integrative review of nurses prosocial behaviours contibuting to work environment optimization, organizational performance and quality of care.* **Journal of Nursing Managment**, 26(7):769-781

Fernando, M., Caputi, P., & Ashbury, F. (2017). *Impact on employee productivity from presenteeism and absenteeism: Evidence from a multinational firm in Sri Lanka*. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, 59, 691–696.

Ferreira, A., Martínez, L., Sousa, L., & Cunha, J. (2010) - *Tradução e Validação para a Língua Portuguesa das Escalas de Presentismo WLQ-8 e SPS-6*. **Avaliação Psicológica**. 9(2), p. 253-266.

Fortin, M. (2009). *O Processo de investigação* (5ª Edição ed.). Loures: Lusociência.

Galon T, Briones-Vozmediano E, Agudelo-Suárez AA, Felt EB, Benavides FG, Ronda E.(2014) - *Understanding sickness presenteeism through the experience of immigrant workers in a context of economic crisis*. **American Journal of Industrial Medicine**, 57(8), 950-959

Gaspar, F. e Jesuíno, J. *Os Enfermeiros como Cidadãos Organizacionais: Desenvolvimento de uma medida para avaliação dos comportamentos de cidadania organizacional em contexto hospitalar*. **Pensar Enfermagem**. 13(1), 24-38

Goetzel, R. Z., Carls, G. S., Wang, S., Kelly, E., Mauceri, E., Columbus, D., & Cavuoti, A. (2009). *The relationship between modifiable health risk factors and medical expenditures, absenteeism, short-term disability, and presenteeism among employees at Novartis.* **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, 51(4), 487 – 499.

Goetzel, R. Z., Long, S. R., Ozminkowski, R. J., Hawkins, K., Wang, S., & Lynch, W. (2004). *Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting US employers*. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, 46, 398–412.

Gosselin, E., Lemyre, L., &Corneil, W. (2013).*Presenteeism and absenteeism: Differentiated understanding of related phenomena*. **Journal of Occupational Health Psychology**, 18, 75–86.

Griffiths, M.D., 2011. *Workaholism: a 21st century addiction*. **Bulletin of the Britsh Psychological Society**. 24, 740 - 744.

Griffiths, M.D., Karanika-Murray, M., 2012*. Contextualising over-engagement in work: towards a more global understanding of Workaholism as an addiction***. Journal of Behavioral Addiction**. 1 (3), 87- 95.

Gustafsson, K., Marklund, S., (2011). *Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: a Swedish prospective cohort study*. **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**. 24 (2), 153- 165.

Gustafsson-Sendén, M., Lovseth, L. T., Schenck-Gustafsson, K., &Fridner, A. (2013). *What makes physicians go to work while sick: A comparative study of sickness presenteeism in four European countries (HOUPE)*. **Swiss Medical Weekly**, 143, w13840.

Gustafsson-Sendén, M., Schenck-Gustafsson, K., & Fridner, A. (2016). *Gender differences in reasons for sickness presenteeism – A study among GPs in a Swedish health care organization*. **Annals of Occupational and Environmental Medicine**, 28, 50.

Halbesleben, J. R. B., Whitman, M. V., & Crawford, W. S. (2014). *A dialectical theory of the decision to go to work: Bringing together absenteeism and presenteeism*. **Human Resource Management Review**, 24(2), 177–192.

Hansen, C. D., & Andersen, J. H. (2009). *Sick at work – A risk factor for long-term sickness absence at a later date?* **Journal of Epidemiology and Community Health**, 63(5), 397–402.

Hansson, M., Bostroom, C., Harms-Ringdahl, K., (2006)*. Sickness absence and sickness attendanced what people with neck or back pain think*. **Social Science & Medicine**. 62 (9), 2183 - 2195.

Hemp, P. (2004). *Presenteeism: At work – But out of it*. **Harvard Business Review**, 82, 49–58.

IGAS (2018). *Manual de Segurança e Saúde no Trabalho*. Lisboa. Inspeção Geral para as Atividades em Saúde

Garrow, V. (2016). *Presenteism: A Review for Current Thinking*. Institute for Employment Studies Brighton

João, A. (2013) – **Mobbing/ Agressão Psicológica na Profissão de Enfermagem**. Loures: Lusociência.

Johansen, V., Aronsson, G., &Marklund, S. (2014). *Positive and negative reasons for sickness presenteeism in Norway and Sweden: A cross-sectional survey*. **British Medical Journal Open**, 4, e004123.

Johansson, G., & Lundberg, I. (2004). *Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model*. **Social Science & Medicine**, 58, 1857–1868.

Johns, G. (2003). *How methodological diversity has improved our understanding of absenteeism from work*. **Human Resource Management Review**, 13, 157–184.

Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. **Journal of Organizational Behavior**, 31, 519–542.

Johns, G. (2011). *Attendance dynamics at work: The antecedents and correlates of presenteeism, absenteeism, and productivity loss*. **Journal of Occupational Health Psychology**, 16, 483–500.

Karanika-Murray, M., Pontes, H. M., Griffiths, M. D., & Biron, C. (2015). *Sickness presenteeism determines job satisfaction via affective motivational states.* **Social Science & Medicine**, 139, 100–106.

Kim, J., Suh, E. E., Ju, S., Choo, H., Bae, H., & Choi, H. (2016). *Sickness experiences of Korean registered nurses at work: A qualitative study on presenteeism*. **Asian Nursing Research**, 10, 32–38

Kivimaki, M., Head, J., Ferrie, J.E., Hemingway, H., Shipley, M.J., Vahtera, J., Marmot, M.G., (2005*). Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study*. **American Journal of Public Health.** 95 (1), 98 – 102.

Koopman, C., Pelletier, K. R., Murray, J. F., Sharda, C. E., Berger, M. L., Turpin, R. S., *et al*.. (2002). *Stanford presenteeism scale: Health status and employee productivity*. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, 44, 14–20.

Laranjeira, C. A. (2013) - *Validation of the Portuguese version of the Stanford Presenteeism Scale in Nurses*. **International Journal of Nursing Practice**.19(6) p. 644–650.

Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro. Diário da República n.º 176/2009. Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 28/ 2016 de 23 de agosto. Alterações ao Código do Trabalho. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 3/2014 de 28 de janeiro. Diário da República n.º 19/ 2014. Procede à segunda alteração à Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, que aprova o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. Assembleia da República. Lisboa.

Lerner, D., Amick, B. C., Rogers, W. H., Malspeis, S., Bungay, K., &Cynn, D. (2001*). The work Limitations Questionnaire***. Medical Care**, 39, 72–85.

Letvak S, Ruhm CJ, McCoy T. (2012) - *Depression in hospital-employed nurses*. **Clinical Nurse Specialist**, 26(3), 177-182

Letvak S, Ruhm CJ.(2010) - *The impact of worker health on long term care: implications for nursing managers.* **Geriatric Nursing**, 31(3), 165-169

Lohaus, D. & Habermann, W. (2019) – *Presenteeism: A review and research directions*. **Human Resource Managment Review**, 29 (1), 43-58

Lu, L., Lin, H. Y., & Cooper, C. L. (2013). *Unhealthy and present: Motives and consequences of the act of presenteeism among Taiwanese employees*. **Journal of Occupational Health Psychology**, 18(4), 406–416.

Mackenzie, S. B., Podsakoff, P. M. & Fetter, R. (1991). *Organizational citizenship behavior and objective productivity as determinants of managerial evaluations of salesperson performance*. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, *50,* 123-150.

Marôco, J. (2018). Análise Estatística com o SPSS Statistics (7.ª Edição). Report Number - Análise e Gestão de Informação: Pêro Pinheiro.

Martinez, L e Ferreira, A. (2011) – *Sick at work: Presenteeism among nurses in a public hospital*. **Stress & Health**. 28(4), 297, 304

McKevitt, C., Morgan, M., Dundas, R., & Holland, W. W. (1997). *Sickness absence and 'working through' illness: A comparison of two professional groups*. **Journal of Public Health Medicine,** 19(3), 295–300.

Miraglia, M., & Johns, G. (2016). *Going to work ill: A meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual-path model*. **Journal of Occupational Health Psychology**, 21(3), 21–283.

Nicholson, S., Pauly, M.V., Polsky, D., Sharda, C., Szrek, H., Berger, M.L., (2006). *Measuring the effects of work loss on productivity with team production*. **Health Economics**. 15 (2), 111–123.

Nunes, F. (2013). *Perceção da Justiça Organizacional e os Comportamentos de Cidadania Organizacional dos Enfermeiros.* Dissertação de mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Gestão em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O'Grady S. (2018) - *Organisational citizenship behaviour: Sensitization to an organisational phenomenon*. **Journal of Nursing Managment**, 26(7):795-801

OIT (2019) - **Segurança e saúde no centro do futuro do trabalho - Tirando partido de 100 anos de experiência**. Genebra: OPSS

OMS (2010). *Ambientes de Trabalho Saudáveis: Um modelo para ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais*. Brasília: OMS

OPSS (2018) – **Relatório Primavera: Meio caminho andado**. Lisboa: OPSS

Organ, D. (1997). Organizational citizenship behaviour: It's construct clean-up time. **Human Performance**, *10*, 85-97.

Ospina, M. B., Dennett, L., Waye, A., Jacobs, P., & Thompson, A. (2015). *A systematic review of measurement properties of instruments assessing presenteeism.* **The American Journal of Management Care**, 2(2), 171–185.

Ozminkowski RJ, Goetzel RZ, Chang S, Long S. (2004) - *The application of two health and productivity instruments at a large employer.* **Journal of Occupational and Environmental Medicine,** 46(7), 635-648

Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MT, Bandeira de Mello DC (2013) - *Transcultural adaptation and validation of the Stanford Presenteeism Scale for the evaluation of presenteeism for Brazilian Portuguese.* **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, 21(1), 388-95

Pina e Cunha, M; Rego, A.; Campos e Cunha, R.; Cabral-Cardoso, C.; Neves, P. (2016). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. RH Editora: Lisboa

Pinho, R. (2015). *Fatores de Risco/ riscos psicossociais no local de trabalho*. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Saúde Ocupacional. Lisboa.

Podsakoff, P., MacKenzie, S., Paine, B. & Bachrach, D. (2000) *Organizational citizenship behavior: A critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research*. **Journal of Management**, *26* (3), 513-563.

Pohling, R., Buruck, G., Jungbauer, K., & Leiter, M. P. (2016). Work-related factors of presenteeism: The mediating role of mental and physical health. Journal of Occupational Health Psychology, 21(2), 220–234.

Rainbow, J. & Steege, L. (2017) - *Presenteeism in Nursing: An evolutionary concept analysis*. **Nursing Outlook**, 65(5), 615-623

Rantanen, I. e Tuominen, R. (2011) - *Relative magnitude of presenteeism and absenteeism and work-related factors affecting them among health care professionals*. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, 84:225-230

Rego, A. (1999*), Comportamentos de Cidadania Organizacional: Operacionalização de um construto*, **Psicologia**, XIII(1-2), 127-148

Rego, A. (2000). *Justiça e Comportamentos de Cidadania nas Organizações – Uma abordagem sem tabus.* Edições Silabo. Lisboa.

Rego, A. (2000). *Justiça e comportamentos de cidadania organizacional*. **Comportamento Organizacional e Gestão**, 6 (1), 73-94.

Rego, A. (2002). *Comportamentos de Cidadania nas Organizações*. McGraw Hill Portugal: Amadora.

Roelen, C. A. M., & Groothoff, J. W. (2010). *Rigorous management of sickness absence provokes sickness presenteeism***. Occupational Medicine**, 60(4), 244–246

Santos, C. (2014). *O presenteísmo em enfermagem*. Dissertação de mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Santos, H.; Marziale, M.; Felli, V. (2018) - Presenteeism *and musculoskeletal symptoms among nursing professionals*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 26: 1-11

Saridakis, G., Lai, Y., & Cooper, C. L. (2017). *Exploring the relationship between HRM and firm performance: A meta-analysis of longitudinal studies.* **Human Resource Management Review**, 27, 87–96.

Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Rhenen, W. V. (2009). *How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism*. **Journal of Organizational Behavior**, 30, 893–917.

Schnee, M., & Vogt, J. (2013). *Burnout, mobbing and presenteeism –Correlations and preventive measures*. **Health Monitor** pp. 99–117

Schultz, A. B., & Edington, D. W. (2007). *Employee health and presenteeism: A systematic review*. **Journal of Occupational Rehabilitation**, 17, 547–579.

Silva, A.; Robazzi, M.; Dalri, R.; Silveira-Monteiro, C.; Mendes, A. (2019) - *Presenteeism in multiprofessional team workers in the Adult Intensive Care Unit*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 72: 96-104

Skela-Savic, B.; Pesjak, K.; Hvalic-Touzery, S. (2017) - *Low back pain among nurses in Slovenian hospitals: cross-sectional study*. **International Nursing Review**, 64(4):544-551

Steel, R. P. (2003). *Methodological and operational issues in the construction of absence variables*. **Human Resources Management Review**, 13, 243–251.

Taloyan, M., Aronsson, G., Leineweber, C., Magnusson Hanson, L., Alexanderson, K., & Westerlund, H. (2012). *Sickness presenteeism predicts suboptimal self-rated health and sickness absence: A nationally representative study of the Swedish working population*. **PLoS One**, 7(9), 44721.

Umann J, Guido Lde A, Grazziano Eda S. (2012) - *Presenteeism in hospital nurses*. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, 20(1):159-66

Van De Voorde, K., Paauwe, J., & Van Veldhoven, M. (2012). *Employee well-being and the HRM–organizational performance relationship: A review of quantitative studies*. **International Journal of Management Reviews**, 14, 391–407.

Vanni, K., Neupane, S., & Nygard, C.-H. (2017*). An effort to assess the relation between productivity costs and presenteeism at work.* **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, 23(1), 33–43.

Vingård, E., Alexanderson, K., & Norlund, A. (2004). *Sickness presence*. **Scandinavian Journal of Public Health**, 32, 216–221.

Vroome, E. (2006). **Prevalence of sickness absence and 'presenteeism'**. http://eurofound.europa.eu/ewco/2006/07/NL0607019I.htm, Data de acesso: 30 de agosto de 2018.

Wang, J. L., Schmitz, N., Smailes, E., Sareen, J., & Patten, S. (2010). *Workplace characteristics, depression, and health-related presenteeism in a general population sample*. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, 52, 836–842.

Zhang, W., Sun, H., Woodcock, S., & Anis, A. (2015). *Illness related wage and productivity losses: Valuing 'presenteeism'*. **Social Science & Medicine**, 147, 62–71.

APÊNDICES

(Esta página foi propositadamente deixada em branco)

APÊNDICE I

AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES PARA UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS

(Esta página foi propositadamente deixada em branco)

Gmail

João Borges <enf.joaoborges@gmail.com>

Pedido de autorização de utilização das versão Portuguesa da Escalas de Presenteísmo SPS-6 e WLQ-8

2 mensagens

João Borges <enf.joaoborges@gmail.com> 22 de setembro de 2018 às 11:28
Para: aristidesif@gmail.com

Excelentíssimo Professor Aristides Isidoro Ferreira

O meu nome é João Borges, sou Enfermeiro, e atualmente estou a frequentar o Mestrado em Gestão e Economia de Saúde na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
No âmbito dissertação de mestrado pretendo fazer uma análise dos Comportamentos de Cidadania Organizacional e Presenteísmo nas Instituições de Saúde. O objetivo deste estudo passará por investigar e analisar as relações entre o presenteísmo e os comportamentos de cidadania organizacional, obtendo indicadores de qualidade que permitam avaliar desempenho, produtividade e empenhamento/ compromisso organizacional em enfermeiros. É pretendido também alertar para a problemática que constitui o presenteísmo e as suas implicações nas organizações de saúde.
Como tal, venho por este meio solicitar a autorização a aplicação das escalas de presenteísmo SPS-6 e WLQ-8 brilhantemente validadas para a realidade portuguesa pelo Sr. Professor Aristides Ferreira e a sua equipa.

Subscrevo-me com a mais elevada consideração,

Grato pela atenção dispensada,
Cumprimentos,

João Borges

Aristides Ferreira <aristidesif@gmail.com> 24 de setembro de 2018 às 15:56
Para: enf.joaoborges@gmail.com

Boa tarde João,

Da minha parte não tenho nada a opor em relação à utilização da escala, mas note que eu não sou o autor da versão original em Inglês. Eu apenas traduzi e validei os itens com algumas amostras da população Portuguesa.

Boa sorte com o seu estudo que me parece muito interessante!

Cumprimentos,
Aristides
[Citação ocultada]

(Esta página foi propositadamente deixada em branco)

Gmail

João Borges <enf.joaoborges@gmail.com>

Pedido de autorização de utilização da versão Portuguesa da Escala de Cidadania e Comportamento Organizacional

2 mensagens

João Borges <enf.joaoborges@gmail.com> 22 de setembro de 2018 às 17:41
Para: arego@porto.ucp.pt

Excelentíssimo Professor Arménio Rêgo

O meu nome é João Borges, sou Enfermeiro, e atualmente estou a frequentar o Mestrado em Gestão e Economia de Saúde na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
No âmbito dissertação de mestrado pretendo fazer uma análise dos Comportamentos de Cidadania Organizacional e Presenteísmo nas Instituições de Saúde. O objetivo deste estudo passará por investigar e analisar as relações entre o presenteísmo e os comportamentos de cidadania organizacional, obtendo indicadores de qualidade que permitam avaliar desempenho, produtividade e empenhamento/ compromisso organizacional em enfermeiros. É pretendido também alertar para a problemática que constitui o presenteísmo, a forma como o presenteísmo e os comportamentos de cidadania organizacional se correlacionam e as suas implicações nas organizações de saúde.
Como tal, venho por este meio solicitar a autorização para a aplicação da Escala de Comportamento e Cidadania Organizacional brilhantemente validada para a realidade portuguesa pelo Sr. Professor Arménio Rêgo e a sua equipa.

Subscrevo-me com a mais elevada consideração,

Grato pela atenção dispensada,
Cumprimentos,

João Borges

Arménio Rego <arego@porto.ucp.pt> 22 de setembro de 2018 às 18:17
Para: João Borges <enf.joaoborges@gmail.com>

Caro João

Está autorizado.

Bom trabalho!

Arménio

Arménio Rego

Professor of Organizational Behavior

Católica Porto Business School

Universidade Católica Portuguesa | Porto

Rua de Diogo Botelho, 1327
4169-005 Porto, Portugal

Tel.: +351 226 196 200

Email: arego@porto.ucp.pt

(Esta página foi propositadamente deixada em branco)

APÊNDICE II

APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UICISA:E

(Esta página foi propositadamente deixada em branco)

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº 522 / 09-2018

Título do Projecto: Análise de Comportamentos de Cidadania e Organizacional e Presenteísmo em Instituições de Saúde

Identificação das Proponentes

Nome(s): Maria Manuela Frederico Ferreira, Carlos António Jesus Sampaio Laranjeira

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: João Daniel Carvalho Borges

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

O presente projeto tem como objetivo principal identificar as relações entre o presenteísmo e os comportamentos de cidadania organizacional obtendo indicadores de qualidade que permitam avaliar desempenho, produtividade e empenhamento/ compromisso organizacional em enfermeiros que exerçam funções em instituições de saúde. Como objetivo secundário os autores pretendem alertar para a problemática que constitui o presenteísmo e as suas implicações nas organizações de saúde.

O projeto terá a duração de outubro de 2018 a julho de 2019, estando a colheita de dados programada entre janeiro e março de 2019. Pelos autores o estudo é definido como quantitativo, descritivo e correlacional.

A amostra será constituída por todos os enfermeiros portugueses inscritos na Ordem dos Enfermeiros (OE), sendo os questionários facultados através da OE via eletrónica através da plataforma informática.

Os critérios de inclusão e exclusão encontram-se definidos assim como os instrumentos de colheita de dados. Existe garantia de confidencialidade. Os autores não identificam quaisquer riscos ou benefícios, assim como custos de participação, resultantes da investigação.

Atendendo ao formato da investigação apresentado, a proposta reúne condições para aprovação por parte desta Comissão de Ética, no entanto não dispensa a autorização por parte da Ordem dos Enfermeiros.

O relator: _____

Data: / / O Presidente da Comissão de Ética: _____
24.10.2018

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE ENFERMAGEM

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

(Esta página foi propositadamente deixada em branco)

APÊNDICE III

AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DO ESTUDO: ORDEM DOS ENFERMEIROS

(Esta página foi propositadamente deixada em branco)

Pedido de divulgação de questionário no âmbito de investigação de dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde

JOAO DANIEL CARVALHO BORGES

ter 18-12-2018 10:28

Para: Gabinete Bastonária <gabinete.bastonaria@ordemenfermeiros.pt>;

6 anexos (2 MB)

20181209 Declaração João Daniel Carvalho Borges.pdf; Análise de Comportamentos de Cidadania Organizacional e Presenteísmo em Organizações de Saúde - Formulários do Google.pdf; Declaração Professor Carlos Laranjeira.pdf; Declaração Professora Manuela Frederico.pdf; Declaração.pdf; P522_09_18.pdf;

Bom dia

O meu nome é João Daniel Carvalho Borges, sou Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, com cédula profissional n.º 63274.
Venho por este meio solicitar à digníssima Senhora Bastonária Ana Rita Pedroso Cavaco, a divulgação do meu estudo intitulado "Análise de Comportamentos de Cidadania Organizacional e Presenteísmo em Instituições de Saúde", através dos e-mails informativos da Ordem dos Enfermeiros e dos contatos da rede dos Elementos de Ligação à Ordem (ELO), por um período compreendido entre Janeiro e Março de 2019 para efeitos de preenchimento do instrumento de recolha de dados e em formato eletrónico.
Comprometo-me por minha honra a não introduzir qualquer alteração ao projeto apresentado a apreciação, a respeitar os princípios éticos e científicos inerentes à investigação, a disponibilizar os resultados à Ordem dos Enfermeiros, a publicar os resultados e a referenciar a colaboração da Ordem dos Enfermeiros no relatório final e na publicação, conforme estabelecido no Parecer 51/ 2013 (Revisto em 08.09.2014) do Conselho de Enfermagem.
Certo que este será um contributo adicional ao desenvolvimento da Enfermagem, fico a aguardar a Vossa resposta a esta solicitação e após a qual disponibilizarei o link do instrumento de recolha de dados para a divulgação.

Com os melhores cumprimentos,

João Borges

Enfermeiro Especialista em SIP
Vogal Suplente Conselho Fiscal Regional da Ordem dos Enfermeiros - SRC
joao.borges@ordemenfermeiros.pt

1508710780213_image001.png
Secção Regional do Centro
Av. Bissaya Barreto n.º185
3000-076 Coimbra
T:239487810 F:239487819

https://www.youtube.com/watch?v=yhtGGnOwmeg&feature=youtu.be

https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/

(Esta página foi propositadamente deixada em branco)

RE: SAI-OE/2019/33 - Pedido de divulgação de questionário no âmbito de investigação de dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde

gafid <gafid@ordemenfermeiros.pt>

qui, 24/01/2019 15:08

Para: JOAO DANIEL CARVALHO BORGES <joao.borges@ordemenfermeiros.pt>
Cc: gafid <gafid@ordemenfermeiros.pt>

Boa tarde Sr. Enfermeiro João Borges.

Venho por este meio informá-lo que o seu projecto de investigação teve o parecer favorável do Conselho de Enfermagem e já está divulgado no site da Ordem.

https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/participe-no-inquérito-sobre-análise-de-comportamentos-de-cidadania-organizacional-e-presenteísmo-em-instituições-de-saúde/

Encontramo-nos disponíveis para qualquer esclarecimento.

Poderá contactar-nos através do nosso número directo – 210105917.

Atenciosamente,

Patrícia Guerreiro
Técnica de Comunicação e Imagem
gafid@ordemenfermeiros.pt

ordem dos enfermeiros
gabinete de formação investigação e desenvolvimento

Ordem dos Enfermeiros – SEDE
Av. Almirante Gago Coutinho, 68B, R/C
1700-031 Lisboa
Portugal
+351 218 455 230/ 210105917 Telf
+351 218 455 259 Fax
http://www.ordemenfermeiros.pt/

(Esta página foi propositadamente deixada em branco)

APÊNDICE IV I

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS REALIZADO ATRAVÉS DO GOOGLE FORMS

(Esta página foi propositadamente deixada em branco)

Análise de Comportamentos de Cidadania Organizacional e Presenteísmo em Instituições de Saúde

Chamo-me João Borges, sou Enfermeiro e o responsável por esta investigação.
Venho por este meio convidá-lo(a) a participar num estudo sobre comportamentos de cidadania organizacional e presenteísmo em instituições de saúde portuguesas.
Antes de decidir se quer ou não participar neste estudo, é importante que compreenda porque está a ser efetuada esta investigação, assim como o que ela vai abranger. Leia cuidadosamente a informação que se segue e não hesite em perguntar em caso de dúvidas, ou se necessitar de mais informações.

Objetivos do Estudo: Investigar e analisar se existem relações entre o presenteismo e os comportamentos de cidadania organizacional, em enfermeiros que exerçam funções em instituições de saúde portuguesas. É pretendido também alertar para a problemática que constitui o presenteísmo.

Porque fui escolhido(a) para este estudo?
Este estudo irá envolver uma amostra representativa de enfermeiros que exerçam funções em instituições de saúde.

Participação: A sua participação no estudo é voluntária, como tal pode decidir participar ou não nesta investigação. Se decidir participar será pedido que responda a algumas questões, contudo pode desistir a qualquer altura, sem se sentir obrigado a dar qualquer justificação. A sua participação no estudo é anónima e não remunerada, sendo que dados recolhidos neste estudo, que não a(o) identificam individualmente, serão guardados e processados em computador.

Resultados do estudo: Com os resultados deste estudo, será feita uma Dissertação de Mestrado, que estará disponível mais tarde na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e possivelmente na instituição na qual se encontra. Não será identificada(o) em nenhuma publicação ou relatório.

Obrigado pelo tempo que despendeu a ler esta Informação e a ponderar a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve continuar a preencher este questionário, que tem a duração de aproximadamente 10 minutos e deve ser preenchido apenas uma única vez.

*Obrigatório

Ao prosseguir com este questionário confirmo o seguinte: Compreendi a informação sobre o estudo acima referido, tendo-me sido disponibilizado tempo para refletir sobre a participação, assim como, colocar todas as minhas dúvidas. Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação. Consinto participar neste estudo e a divulgação dos dados como descrito na Folha de informação ao participante.O presente estudo teve parecer favorável daComissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem deCoimbra. * *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

Dados sócio-demográficos e clínicos

---

2 **Género** * *Marcar apenas uma oval.*

- Masculino
- Feminino

3. **Idade** * *Marcar apenas uma oval.*

- 20 - 29
- 30 - 39
- 40 - 49
- 50 - 59 >
- 60

Outra: _____

4. **Habilitações Literárias** * *Marcar apenas uma oval.*

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5. **Localização Geográfica** * *Marcar apenas uma oval.*

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Açores
- Madeira

6. **Organização onde Trabalha** * *Marcar apenas uma oval.*

- Pública
- Privada
- Parceria Público - Privada (PPP)

7 **Tipologia de Organização** * *Marcar apenas uma oval.*

- Cuidados de Saúde Primários
- Cuidados de Saúde Diferenciados
- Cuidados Continuados Integrados/ Cuidados Paliativos
- Instituição Privada de Solidariedade Social
- Instituição de Saúde Privada
- Instituto Público

8. **Antiguidade na Organização (Anos)** *

9. **Antiguidade na Função (Anos)** *

10. **Vínculo Laboral** * *Marcar apenas uma oval.*

- Contrato de Trabalho da Função Pública (CTFP)
- Contrato Individual de Trabalho (CIT)
- Prestação de Serviços/ Recibos Verdes

11. **Título Profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros** * *Marcar apenas uma oval.*

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista

12. **Qual a Especialidade em Enfermagem?** * *Marcar apenas uma oval.*

- Nenhuma
- Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

13. **Categoria Profissional** * *Marcar apenas uma oval.*

- Enfermeiro
- Enfermeiro Graduado
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Chefe
- Enfermeiro Supervisor
- Enfermeiro Diretor

14 **Condição Prévia de Doença** * *Marcar apenas uma oval.*

- Não
- Sim, com diagnóstico inferior a 6 meses
- Sim, com diagnóstico superior a 6 meses

Work Limitations Questionnaire – 8
(Lerner *et al*, 2001, adaptado para a população portuguesa por Ferreira *et al*, 2010)

Por favor, descreva as suas experiências no trabalho nos últimos 30 dias. Essas experiências são influenciadas por diversos fatores pessoais e ambientais sendo alteráveis ao longo do tempo. Para cada afirmação abaixo mencionada, escolha a resposta que melhor retrate o seu grau de concordância ou discordância, relativamente ao impacto que a sua condição de saúde tem na sua produtividade.

15. **Trabalhar as horas que me são solicitadas.** * *Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente						Concordo Totalmente

16. **Começar as suas tarefas assim que chega ao trabalho.** * *Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente						Concordo Totalmente

17. **Fazer os mesmos movimentos, repetidamente durante o trabalho.** * *Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente						Concordo Totalmente

18. **Utilizar o equipamento de trabalho (i.e.: telefone, caneta, teclado, rato...).** * *Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo Totalmente

19. **Concentrar-se no trabalho.** * *Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo Totalmente

20 **Ajudar os outros a acabar o trabalho.** * *Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo Totalmente

21. **Desenvolver a quantidade de trabalho que me é solicitada.** * *Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo Totalmente

22. **Sentir que devia ter feito aquilo que sou capaz de fazer.** * *Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo Totalmente

Escala de Presenteísmo de Stanford (SPS - 6)
(Koopman *et al*, 2002, adaptado para a população portuguesa por Ferreira *et al*, 2010)

Por favor, descreva as suas experiências no trabalho nos últimos 30 dias. Essas experiências são influenciadas por diversos fatores pessoais e ambientais sendo alteráveis ao longo do tempo. Para cada afirmação abaixo mencionada, escolha a resposta que melhor retrate o seu grau de concordância ou discordância, considerando as suas experiências laborais nos últimos 30 dias.

Nota: Independentemente da condição prévia de doença, a escala SPS-6 é aplicável a todos os participantes.

23. **Devido ao meu problema de saúde, as dificuldades que normalmente fazem parte do meu trabalho foram mais complicadas de gerir** * *Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo Totalmente

24. **Apesar do meu problema de saúde, consegui terminar as tarefas difíceis do trabalho.** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo Totalmente

25. **O meu problema de saúde inibiu-me de tirar prazer do trabalho.** * *Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo Totalmente

26 **Senti-me desesperado na concretização de determinadas tarefas de trabalho devido ao meu problema de saúde.** * *Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo Totalmente

27. **No trabalho, consegui concentrar-me na concretização dos meus objetivos, apesar do meu problema de saúde.** * *Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo Totalmente

28. **Senti-me com energia suficiente para completar todo o meu trabalho, apesar do meu problema de saúde.** * *Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	◯	◯	◯	◯	◯	Concordo Totalmente

Escala de Comportamentos e Cidadania Organizacional
Rego (1999), adaptado para a população de enfermeiros por Gaspar e Jesuíno (2009)

No sentido de avaliar os comportamentos de cidadania organizacional dos enfermeiros, refira a importância que atribui a cada item, para tal utilize a seguinte escala:

Nenhuma 1
Pouca 2
Moderada 3
Muita 4
Total 5

Após leitura de todas as questões, seleccione a opção que melhor se adequa à sua opinião.

29. **Mostra orgulho na instituição a que pertence** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

30. **Mostra orgulho no serviço / unidade onde exerce funções** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

31. **Faz declarações positivas sobre a instituição a que pertence.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

32 **Faz declarações positivas sobre o serviço / unidade onde exerce funções.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

33. **Respeita o património da instituição.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

34. **Não faz gastos desnecessários.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

35. **Favorece um bom ambiente de trabalho.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

36. **Sempre que existe algum material deteriorado informa da situação.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

37. **Mostra preocupação com a higiene do serviço.** *
Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

38. **Introduz alterações na unidade do utente de forma a melhorar esse espaço físico.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

39 **Adapta a unidade do utente ao seu utilizador sem que isso seja solicitado.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

40. **Responde positivamente quando solicitado para suprir défices de recursos humanos.** *
Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

41. **Está disponível para participar em reuniões de serviço mesmo fora do seu horário de trabalho.** *
Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

42. **Solicita os documentos produzidos pela instituição caso não estejam disponíveis.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

43. **Conhece os documentos produzidos pela instituição ou serviço: plano de ação, relatório e outros.** *
Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

44. **Conhece os direitos e deveres dos funcionários.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

45. **Está presente nos eventos do serviço / instituição mesmo que não tenha colaborado na sua organização.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

46 **Está disponível para atender às solicitações dos colegas / trocas de horário e substituições / fins-de-semana.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

47. **Fica depois das horas de serviço para ajudar um colega.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

48. **Atualiza voluntariamente a informação a um colega que esteve ausente doserviço um longo período / férias.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

49. **Tem capacidade para lidar com conflitos no seio da equipa de enfermagem.** *
Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

50. **Tem capacidade para lidar com conflitos no seio da equipa multidisciplinar.** *
Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

51. **Reúne factos e colhe informação antes de emitir uma opinião ou atribuir responsabilidades.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

52. **Faz formação não certificada.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

53 **Faz formação fora da instituição, no seu tempo livre.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

54. **Acompanha e encaminha familiares de utentes mesmo que não estejam internados no seu serviço.** *
Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

55. **Favorece e incentiva os contatos entre utentes e familiares.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

56. **Facilita as visitas, se necessário, adapta as regras no serviço às necessidades que lhe são colocadas.** *
Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

57. **Prolonga a sua estadia no serviço para atender um familiar ou utente a fim de concluir uma entrevista ou interação.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

58. **Não interrompe, sem pedir licença, a sua ação junto do utente ou familiar para responder a outras situações (exceto em urgência).** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

59. **Se estiver a prestar cuidados diretos ao utente não fala com outras pessoas ou colegas.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

60 **Encaminha eventuais reclamações sem exercer qualquer tipo de pressão** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

61. **No contato com familiares em situações de grande stress (morte, risco devida, instabilidade emocional) escolhe um local mais apropriado, mesmo que o serviço não disponha de nenhum especialmente destinado a estas situações.** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

62. **Atribui, de forma sistemática, os direitos ao utente** * *Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

63. **Nos contatos diretos com familiares e utentes, evita recorrer a termos técnicos que possam reduzir o nível de compreensão que estes possam ter de uma determinada situação.** *
Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

64.

Comentários/ Sugestões

65.

Análise de Comportamentos de Cidadania Organizacional e Presenteísmo em Instituições de Saúde

Muito obrigado pela sua colaboração!

ANEXOS

ANEXO I

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS

(Esta página foi propositadamente deixada em branco)

Valores de correlações da matriz de componentes rodada, correlações item-total e alpha de Cronbach para as dimensões e global da escala SPS-6

Itens (SPS-6 – Distração evitada)	**Pesos fatoriais**	**Correlação item-total**
Devido ao meu problema de saúde, as dificuldades que normalmente fazem parte do meu trabalho foram mais complicadas de gerir.	0.879	0.730
O meu problema de saúde inibiu-me de tirar prazer do trabalho.	0.900	0.774
Senti-me desesperado na concretização de determinadas tarefas de trabalho devido ao meu problema de saúde.	0.905	0.800
Eigenvalue =2.504 ; % var. exp. = 41.738; α = 0.880		
Itens (SPS-6 – Trabalho completado)	**Pesos fatoriais**	**Correlação item-total**
Apesar do meu problema de saúde, consegui terminar as tarefas difíceis do trabalho.	0.794	0.821
No trabalho, consegui concentrar-me na concretização dos meus objetivos, apesar do meu problema de saúde.	0.907	0.622
Senti-me com energia suficiente para completar todo o meu trabalho, apesar do meu problema de saúde.	0.844	0.745
Eigenvalue = 2.173; % var. exp. = 36.209; α = 0.805		
Itens (SPS-6 – Global)		
Teste de Bartlett: $p < 0.001$; KMO = 0.704; % var. exp. = 77.947; α = 0.677		

Valores de correlações da matriz de componentes rodada, correlações item-total e alpha de Cronbach para a escala WLQ-8

Itens (WLQ-8)	**Pesos fatoriais**	**Correlação item-total**
Trabalhar as horas que me são solicitadas.	0.701	0.606
Começar as suas tarefas assim que chega ao trabalho.	0.792	0.683
Fazer os mesmos movimentos, repetidamente durante o trabalho.	0.388	0.311
Utilizar o equipamento de trabalho (i.e.: telefone, caneta, teclado, rato...).	0.720	0.622
Concentrar-se no trabalho.	0.832	0.721
Ajudar os outros a acabar o trabalho.	0.825	0.721
Desenvolver a quantidade de trabalho que me é solicitada.	0.809	0.728
Sentir que devia ter feito aquilo que sou capaz de fazer.	0.650	0.531
Teste de Bartlett: $p < 0.001$; KMO = 0.879; Eigenvalue = 4.240; % var. exp. = 53.001; $\alpha = 0.860$		

Valores de correlações da matriz de componentes rodada, correlações item-total e alpha de Cronbach para a dimensão CCO - dirigido à instiruição e global da escala CCO

Itens (CCO - Dirigido à instituição)	**Pesos fatoriais**	**Correlação item-total**
Mostra orgulho na instituição a que pertence.	0.778	0.540
Mostra orgulho no serviço/unidade onde exerce funções.	0.819	0.599
Faz declarações positivas sobre a instituição a que pertence.	0.814	0.641
Faz declarações positivas sobre o serviço/unidade onde exerce funções.	0.821	0.644
Respeita o património da instituição.	0.324	0.413
Não faz gastos desnecessários.	0.279	0.378
Favorece um bom ambiente de trabalho.	0.462	0.545
Sempre que existe algum material deteriorado informa da situação.	0.230	0.466
Mostra preocupação com a higiene do serviço.	0.235	0.466
Introduz alterações na unidade do utente de forma a melhorar esse espaço físico.	0.304	0.535
Adapta a unidade do utente ao seu utilizador sem que isso seja solicitado.	0.155	0.370
Responde positivamente quando solicitado para suprir défices de recursos humanos.	0.483	0.507
Está disponível para participar em reuniões de serviço mesmo fora do seu horário de trabalho.	0.458	0.453
Solicita os documentos produzidos pela instituição caso não estejam disponíveis.	0.466	0.604
Conhece os documentos produzidos pela instituição ou serviço: plano de ação, relatório e outros.	0.513	0.564
Conhece os direitos e deveres dos funcionários.	0.446	0.536
Está presente nos eventos do serviço/instituição mesmo que não tenha colaborado na sua organização.	0.596	0.604
Está disponível para atender às solicitações dos colegas/trocas de horário e substituições/fins-de-semana.	0.339	0.406
Eigenvalue = 7.328; % var. exp. = 20.938; α = 0.883		

Valores de correlações da matriz de componentes rodada, correlações item-total e alpha de Cronbach para a dimensão CCO - dirigido à pessoa e global da escala CCO

Itens (CCO - Dirigido à pessoa)	**Pesos fatoriais**	**Correlação item-total**
Fica depois das horas de serviço para ajudar um colega.	0.422	0.428
Atualiza voluntariamente a informação a um colega que esteve ausente do serviço um longo período/férias.	0.503	0.476
Tem capacidade para lidar com conflitos no seio da equipa de enfermagem.	0.500	0.544
Tem capacidade para lidar com conflitos no seio da equipa multidisciplinar.	0.483	0.523
Reúne factos e colhe informação antes de emitir uma opinião ou atribuir responsabilidades.	0.657	0.612
Faz formação não certificada.	0.333	0.358
Faz formação fora da instituição, no seu tempo livre.	0.368	0.412
Acompanha e encaminha familiares de utentes mesmo que não estejam internados no seu serviço.	0.569	0.541
Favorece e incentiva os contatos entre utentes e familiares.	0.691	0.612
Facilita as visitas, se necessário, adapta as regras no serviço às necessidades que lhe são colocadas.	0.594	0.512
Prolonga a sua estadia no serviço para atender um familiar ou utente a fim de concluir uma entrevista ou interação.	0.597	0.573
Não interrompe, sem pedir licença, a sua ação junto do utente ou familiar para responder a outras situações (exceto em urgência).	0.619	0.549
Se estiver a prestar cuidados diretos ao utente não fala com outras pessoas ou colegas.	0.414	0.369
Encaminha eventuais reclamações sem exercer qualquer tipo de pressão	0.593	0.540
No contato com familiares em situações de grande stress (morte, risco devida, instabilidade emocional) escolhe um local mais apropriado, mesmo que o serviço não disponha de nenhum especialmente destinado a estas situações.	0.619	0.550
Atribui, de forma sistemática, os direitos ao utente.	0.568	0.505
Nos contatos diretos com familiares e utentes, evita recorrer a termos técnicos que possam reduzir o nível de compreensão que estes possam ter de uma determinada situação.	0.551	0.487
Eigenvalue = 5.468; % var. exp. = 15.624; α = 0.866		
Itens (CCO – Global)		
Teste de Bartlett: $p < 0.001$; KMO = 0.883; % var. exp. = 36.562; α = 0.920		