

*O impacto do presentísmo e da qualidade do sono no
desempenho dos enfermeiros*

Monografia Final de Curso

Orientador:

Mestre Luís Manuel Mota de Sousa

Elaborado por:

Sara Margarida Mouro Mendes n° 200891871

Tiago Alexandre Rodrigues Ferreira da Rosa n° 200891845

*O impacto do presentismo e da qualidade do sono
no desempenho dos enfermeiros*

Monografia Final de Curso

A finalidade deste estudo prende-se com a finalização do curso de Licenciatura em
Enfermagem.

Orientador:

Mestre Luís Manuel Mota de Sousa

Elaborado por:

Sara Margarida Mouro Mendes nº 200891871

Tiago Alexandre Rodrigues Ferreira da Rosa nº 200891845

“Os autores são os únicos responsáveis pelas ideias expressas neste relatório”.

Cuidando dos que cuidam: o impacto da qualidade do sono e do presentismo no desempenho dos
enfermeiros – Curso de Licenciatura em Enfermagem

Agradecimentos

É com muita satisfação que agradecemos a todos aqueles cujo valioso contributo permitiu para que este trabalho se pudesse tornar numa realidade. Gostaríamos de nomear neste agradecimento todos aqueles que de forma directa ou indirecta se cruzaram nestes longos meses de investigação, mas a impossibilidade natural de o fazer por serem inúmeros leva-nos a que apenas personalize os que mais de perto nos acompanharam nesta longa e árdua caminhada:

À Direcção dos Hospitais Egas Moniz, São Francisco Xavier e Curry Cabral, um muito obrigado pela disponibilidade e consentimento para a realização do nosso estudo, pois sem eles este estudo não teria sido possível.

Ao reitor e a todos os membros do ensino pedagógico de Enfermagem da Universidade Atlântica pelo seu diverso contributo.

A todos os Enfermeiros dos diferentes hospitais que prontamente se propuseram a fazer parte desta investigação

Ao nosso orientador, o Professor Luís Sousa, pelo seu extremo apoio, disponibilidade, conhecimentos, competências e rigor utilizados para a obtenção do actual trabalho.

A todos os nossos amigos, em especial à Sara Costa e a Sónia Cardiga, pelo alento nos momentos de desânimo, desespero ou esmorecimento.

Por fim, mas naturalmente não por último, um obrigado às nossas famílias, pelo apoio e incentivo disponibilizado ao longo deste percurso.

A todos vós a nossa eterna gratidão.

Resumo

Uma definição simples de presentismo e recorrentemente utilizada é “estar no trabalho mas ao mesmo tempo fora dele!”. O presentismo é provocado por inúmeras doenças e afecções tanto físicas (lesões músculo-esqueléticas) como psíquicas (stress), que acabam por condicionar o bem-estar dos enfermeiros, diminuindo o seu desempenho qualitativo e quantitativo. Com esta investigação pretendeu-se analisar a influência do stress, lesões músculo-esqueléticas e qualidade do sono no presentismo e a influência deste na produtividade dos enfermeiros. Recorreu-se a um estudo correlacional com uma amostra de 99 enfermeiros de diferentes hospitais de Lisboa, sendo os resultados submetidos a tratamento estatístico. Os resultados revelam uma associação positiva entre a idade e o tempo de exercício profissional com o desempenho das tarefas, e uma associação da qualidade do sono com nível dos comportamentos de cidadania organizacional. Este estudo permitiu ainda apresentar qualidades psicométricas da escala Stanford Presenteeism Scale e *Work Limitaion Questionnaire*. Em conclusão, a investigação verificou a existência de duas variáveis explicativas do presentismo (dimensão distração evitada), a idade e o tempo exercício profissional. Por um lado, a distração evitada e a idade influenciam positivamente o desempenho das tarefas e por outro, a qualidade do sono e o stress influenciam negativamente os comportamentos de cidadania organizacional. Contrariamente, o estado de saúde influencia de forma positiva os comportamentos de cidadania organizacional.

Palavras-chave: presentismo, qualidade do sono, desempenho, comportamento de cidadania organizacional e enfermeiro

Summary

A simple definition of presenteeism and used repeatedly, is "being at work but at the same time out of it!" The presenteeism is caused by multiple diseases and conditions both physical (musculoskeletal disorders) and psychological (stress) which can influence the well-being of nurses, reducing their qualitative and quantitative performance. This research aimed to analyze the influence of stress, musculoskeletal disorders and sleep quality in presenteeism and his influences in the productivity of nurses. We used a correlational study with a sample of 99 nurses from different hospitals in Lisbon area. The results showed a positive association between age and time professional with the performance of tasks, and an association of sleep quality with levels of organizational citizenship behavior. This study also allowed us to present psychometric qualities of the Stanford Presenteeism Scale and *Work Limitaion Questionnaire*. In conclusion, this study has shown the existence of two explanatory variables of presenteeism (distraction avoided), age and time professional. On the other side, the avoided distraction and age has positively influence the performance of tasks, and by last, the quality of sleep and stress negatively influence the organizational citizenship behavior, in contrast, the health status positively affects organizational citizenship behaviors.

Key-words: presenteeism, sleep quality, performance, organizational citizenship behaviors and nurse.

Índice

Agradecimentos	IV
Resumo	V
Abstract	VI
INDICE GERAL	VII
INDICE DE FIGURAS	IX
INDICE DE TABELAS	X
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XI
INTRODUÇÃO.....	1
1. REVISÃO DA LITERATURA	5
1.1. Conceito	5
1.2. Causas de presentismo	6
1.2.1. Lesões músculo-esqueléticas	7
1.2.2. Stress e trabalho	9
1.2.3. Trabalho por turnos.....	10
1.2.4. Qualidade do sono	12
1.3. Medição do presentismo	16
1.4. A produtividade e o presentismo	18
2. DECISÕES METODOLÓGICAS.....	21
2.1. Paradigma e tipo de estudo	21
2.2. Meio	22
2.3. População.....	22
2.4. Variáveis	23
2.5. Hipóteses.....	23
2.6. Instrumento de recolha de dados	25
2.6.1. Variáveis atributo.....	25
2.6.2. Variáveis investigação	25
2.6.3. Pré-Teste	28
2.7. Princípios éticos.....	28

3. ANÁLISE DOS DADOS	31
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	39
4.1. Caracterização da amostra	39
4.2. Validação das medidas que integram o instrumento de recolha.....	40
4.3. Descrição das medidas utilizadas	42
4.4. Teste de hipóteses	45
4.4.1 Causas de presentismo e o presentismo	45
4.4.2 Presentismo e o desempenho	46
4.4.3. Presentismo e o desempenho de tarefas.....	47
4.4.4. Presentismo e a virtude cívica.....	48
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO	53
7. IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES	55
7.1. Implicações teóricas.....	55
7.2. Implicações práticas.....	55
7.3. Recomendações para investigação futura	56
8. MÉRITOS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	57
Referências Bibliográficas.....	58
Apêndices	68
I – Carta explicativa do Projecto de investigação.....	69
II – Consentimento Informado.....	70
II – Questionário	71

Índice de Figuras

Fig. 1 – Descrição dos mecanismos da patogênese dos LMERT	8
Fig. 2 – Modelo conceptual	23
Fig. 3 – Influência que a variável A têm sobre a variável B	24
Fig. 4 - Influência que a variável B têm sobre a variável C	24
Fig. 5 – Testar a hipótese 1	46
Fig. 6 – Testar a hipótese 2.a.	47
Fig. 7 – Testar a hipótese 2.b.....	48

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Interpretação dos valores de KMO	33
Tabela 2 – Intepretação de valores de <i>alpha de Cronbach</i>	34
Tabela 3 – Valores de correlações da matriz de componentes, correlação item-total e <i>alpha de Cronbach</i> da escala SPS-6.....	40
Tabela 4 – Valores de correlações da matriz de componentes, correlação item-total e <i>alpha de Cronbach</i> da escala WLQ-8	41
Tabela 5 – Valores de correlacção de <i>Pearson</i> , de <i>Sperman</i> e de <i>V de Cramer</i> das variáveis em estudo	44
Tabela 6 – Análise de regressão hierárquica entre as causas de presentísmo e o presentismo.....	45
Tabela 7 - Análise de regressão hierárquica entre o presentísmo e o desempenho.....	46

Lista de Abreviaturas

CCO – Comportamento de Cidadania Organizacional

HPA – Hipotálamo-Pituitária Adrenal

IQSP – Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh

KMO – Kraisser-Meyer-Olhin

LMERT – Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho.

SPS – *Standford Presenteeism Scale*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

WHO – *World Health Organization*

WLQ – *Work Limitation Questionnaire*

Introdução

A investigação internacional no âmbito da actividade laboral dos profissionais de saúde mais especificamente dos enfermeiros, corrobora de forma irrefutável o impacto das lesões físicas e psicossomáticas em termos de produtividade, absentismo, presentismo e decréscimo da qualidade de vida dos profissionais. São vários os estudos empíricos desenvolvidos que alertam para as condições de trabalho dos enfermeiros e para o risco de desenvolvimento de perturbações físicas e/ou psíquicas que interagem com a produtividade (Burton, *et al.*, 2005; Hemp, 2004; Pillete, 2005; Sousa, 2005). Neste contexto, achámos pertinente aprofundar conhecimentos ao nível da qualidade do sono, do stress, das lesões músculo-esqueléticas e do presentismo de modo a compreender a interacção destes com a prática da enfermagem.

A escolha da temática, como objecto de estudo deste trabalho, suscitou interesse por variadas razões. A primeira prende-se ao facto do presentismo não ser hoje em dia um tema dominante na investigação ao nível de enfermagem, apesar de haver conhecimentos sobre a relação directa entre o bem-estar dos profissionais e o seu desempenho quer ao nível qualitativo, quer quantitativo. A segunda razão deve-se ao interesse mútuo de ambos os investigadores na temática do bem-estar e produtividade dos enfermeiros no contexto hospitalar. Este interesse surge pela instabilidade financeira que tende a assombrar os países desenvolvidos e que, por sua vez, provoca mudanças no contexto do trabalho, nomeadamente ao nível dos sentimentos de bem-estar, insegurança e desemprego. Estas mudanças levam as pessoas a trabalharem mais horas, em detrimento das horas de lazer, acabando por ter repercussões negativas ao nível da saúde dos profissionais. Esta situação caminha no sentido oposto aos princípios dos cuidados primários que se destaca pela prevenção da doença e promoção da saúde.

Indirectamente este trabalho visa alertar para tais princípios na medida em que, o aumento do conhecimento empírico relativamente ao presentismo e às suas causas permite actuar directamente sobre as populações em risco, ao nível da prevenção primária.

As grandes mudanças a nível político, económico e social, ocorridas na segunda metade do século XX determinaram uma crise de paradigmas, de tal maneira que o processo

saúde-trabalho passou a ser analisado não como um simples indicador do impacto do trabalho sobre os profissionais mas, como consequência da relação de produção, determinada socialmente pela dialéctica entre o capital e o trabalho (Dias *et al.*, 2009). Neste contexto, a Enfermagem encontra-se entre os sectores hospitalares considerados mais desgastantes, tanto pela carga de trabalho quanto pelas especificidades das tarefas e diversidade das funções desempenhadas (Umann e Guido, 2010).

Segundo Martinez, *et al.* (2007), o presentismo não tem sido tema dominante da investigação apesar de abordar um dos principais motivos das variações da produtividade individual no sector do trabalho. O termo presentismo é utilizado para clarificar a experiência que Hemp (2004, p.1) define como: “estar no trabalho e ao mesmo tempo fora dele”.

Um estudo realizado nos Estados Unidos sobre as quebras de produtividade concluiu que, resultam em custos indirectos, por doenças crónicas (1%), doenças agudas (6%), absentismo (6%), presentismo (63%), e em custos directos os tratamentos médicos e farmacológicos (24%) (Hemp, 2004). Observa-se assim que, os custos relacionados com o presentismo acarretam uma grande percentagem e, por este motivo, tem vindo a ser alvo de investigação tanto pelos responsáveis organizacionais como académicos. (Burton *et al.*, 2005)

De acordo com estudos realizados pelo *Institute for Health and Productivity Management*, as principais causas de presentismo estão relacionadas com problemas do foro mental, como a depressão e o stress; músculo-esquelético, como as lombalgias e artrites; e respiratório, nomeadamente as constipações, síndromes gripais e asma (Pilette, 2005).

Com isto, a investigação emergiu da necessidade da procura de respostas, o qual pretende investigar: E de que modo o stress, as lesões músculo-esqueléticas e a qualidade do sono sendo causas de presentismo influenciam o presentismo? Por outro lado qual o impacto que o presentismo tem na produtividade dos enfermeiros (desempenho das tarefas e comportamento de cidadania organizacional)?

Com este trabalho, pretende-se descobrir e aprofundar conhecimentos, no âmbito da temática em estudo, definindo parâmetros assentes e credíveis na base científica. Assim sendo, temos como objectivos:

Cuidando dos que cuidam: o impacto da qualidade do sono e do presentismo no desempenho dos enfermeiros – Curso de Licenciatura em Enfermagem

- ✓ Analisar o impacto que o stress e as lesões músculo-esqueléticas têm no presentismo dos enfermeiros a exercer funções em meio hospitalar;
- ✓ Determinar a influência da qualidade do sono no presentismo nos enfermeiros a exercer funções em meio hospitalar;
- ✓ Verificar o impacto que o presentismo apresenta na produtividade dos enfermeiros exercer funções em meio hospitalar;

Quanto à metodologia, esta investigação tem um carácter quantitativo descritivo correlacional, na medida em que ambiciona caracterizar a amostra constituída por enfermeiros a exercer funções em meio hospitalar no distrito de Lisboa, bem como descrever e analisar os factores em estudo.

Para a elaboração da pesquisa científica é imprescindível conhecer os procedimentos e percursos a serem realizados. Por conseguinte, a pesquisa encontra-se dividida em três fases, conceptual, metodológica e, empírica, que têm por base a formulação, o planeamento e concretização da pesquisa.

No que diz respeito à estrutura geral do trabalho este é constituído por 8 capítulos, nomeadamente a revisão da literatura, que contém a definição dos principais conceitos e a relação entre eles para uma melhor fundamentação da investigação; as decisões metodológicas, onde é abordado, o desenho de investigação, a população-alvo e a amostra, as variáveis, o pré-teste, o instrumento de recolha de dados, o método e o tratamento dos dados, e as considerações éticas; a análise dos dados; apresentação dos resultados, onde engloba a discussão dos mesmos; apresentação das conclusões do estudo; contribuições para o conhecimento onde se faz referência às recomendações e implicações teóricas e práticas; e, por último, os méritos e limitações do estudo.

A formatação deste trabalho teve por base as regras preconizadas para a elaboração de trabalhos escritos para finalização de licenciatura da Universidade Atlântica. Para toda a formatação oculta no documento da Universidade Atlântica, foi utilizado as sugestões de Azevedo (2006).

Cuidando dos que cuidam: o impacto da qualidade do sono e do presentismo no desempenho dos
enfermeiros – Curso de Licenciatura em Enfermagem

1 – REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo retrata o estado do conhecimento das temáticas em estudo. Para a elaboração do mesmo recorreu-se a bases de dados idóneas nacionais e internacionais disponíveis *on-line* de modo a construir um modelo conceptual organizado e sistematizado do conhecimento da temática em estudo, com teorias, abordagens e estudos de investigação.

1.1 Conceito

O conceito de presentismo não é um tema dominante na investigação, contudo tem vindo a ganhar destaque ao longo das últimas décadas, tendo a sua definição sofrido paralelamente algumas transformações. Tal acontecimento poderá ser explicado pelo facto de o presentismo abordar um dos principais motivos das flutuações de produtividade individual no trabalho, nomeadamente as alterações no correcto funcionamento fisiológico (*e.g.*, cefaleias, dores crónicas e problemas respiratórios) ou psicossomático (*e.g.*, ansiedade, depressão, défice de atenção dos trabalhadores).

Uma definição simples e recorrentemente utilizada pelos anglo-saxónicos é *At work, but out of it!* (Hemp, 2004, p.49), o que significa estar no trabalho, mas ao mesmo tempo fora dele!

Fazendo uma retrospectiva, inicialmente a noção de presentismo restringia-se à pressão imposta nos trabalhadores para comparecer no emprego e tinha uma associação estreita com o número de horas trabalhadas. Hoje em dia, o conceito é utilizado para designar o fenómeno em que as pessoas estão presentes no local de trabalho, no entanto não cumprem a totalidade das suas funções, ou seja, não apresentam um bom desempenho, o que pode conduzir a uma diminuição acentuada e significativa da produtividade. Este incumprimento e diminuição estão directamente relacionada com perturbações de ordem física e/ou psicológica (Hemp, 2004, Shuster, 2003, Pilete, 2005), e/ou sob o efeito de medicação (Burton, Morrison e Wertheimer, 2003).

O termo presentismo tem vindo a ganhar um destaque exponencial, que coincide cronologicamente com a instabilidade financeira na medida em que Shuster (2003) afirma que este fenómeno está relacionado com as mudanças no contexto do trabalho, principalmente os sentimentos de insegurança, o desemprego, necessidade de

progressão na carreira e pressões financeiras o que levam as pessoas a trabalharem mais horas, em detrimento das horas de lazer.

Segundo Brown e Sessions (2004), o presentismo não afecta igualmente todos os colaboradores na medida em que existe um patamar abaixo do qual não se verifica influência notória ao nível do desempenho das funções. Contudo, segundo os autores uma evolução gradual dos factores que estão na base do presentismo acaba por inibir o desempenho organizacional.

Um estudo realizado por Aronsson, Gustafsson e Dallner (2005), na Suécia concluíram a existência de factores que afectam a relação entre o presentismo e os sinais e sintomas patológicos e psicossomáticos, sendo a profissão um deles. São várias as profissões abrangidas pelo presentismo, no entanto as taxas mais elevada parecem residir nos sectores da saúde e educação.

1.2 Causas de presentismo

Estudos realizados em diversos continentes concluíram que o presentismo tem na sua base uma etiologia múltipla e variada oriunda dos diferentes sistemas do organismo. De acordo com Lerner, Rogers e Chang (s.d.) citado por Hempt (2004) as causas de presentismo devem-se a problemas do foro mental (como, depressão), músculo-esquelético (como, lombalgias crónicas e artrites), respiratórias (como, alergias, sinusites, asma e gripes) e gastrointestinais (como, refluxo gastro-esofágico), entre nomeadamente, cefaleias e enxaquecas e dermatites. Por outro lado, é também identificado como causas de presentismo os espasmos musculares, a dor ciática, as hérnias discais (Rodrigues e Ferreira, 1999, citado por Sousa, 2005), o stress (Pilette, 2005), a hiperplasia benigna da próstata, a ansiedade, a diabetes *mellitus*, a dismenorreia, a dispepsia e os efeitos secundários de determinados fármacos, nomeadamente, os anti-histamínicos e as benzodiazepinas (Burton, Morrison e Wertheimer, 2003).

Sousa (2005) e Ramos (2003) concluem que em Portugal, o presentismo, por um lado, poderá afectar o bem-estar dos enfermeiros e, por outro lado, poderá ser afectado pelo trabalho por turnos, uma vez que esta modalidade de trabalho provoca nas pessoas perturbações do sono, perturbações gastrointestinais (gastralgias, flatulência, dispepsia,

colites e alterações do apetite), alterações psico-emocionais e aumento do risco de doenças cardíacas.

De acordo com o estudo realizado por Martinez *et al.* (2007), em Portugal, no qual participaram 158 trabalhadores do sector público administrativo, dos quais 25,2% enfermeiros, conclui-se que os problemas mais frequentes são, as lombalgias, que se verificou em quase metade dos inquiridos. Por outro lado constatou-se também que o stress se encontra entre as causas mais influentes de presentismo, com uma prevalência que ronda os 42,1%.

Devido à panóplia de etiologias que se apresentam na base do presentismo, neste estudo optou-se apenas por fazer referência às causas com maior incidência e prevalência, entre elas, stress, lombalgias (lesões músculo-esqueléticas), perturbação do sono e trabalho por turnos.

1.2.1. Lesões Músculo-esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT)

De acordo com Serranheira, Lopes e Uva (2004), as doenças relacionadas com o trabalho são patologias de natureza multifactorial nas quais o ambiente de trabalho e a actividade profissional contribuem de forma significativa.

As lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) são um problema de saúde a nível mundial. A relação entre a exposição a factores de risco profissionais e o desenvolvimento de LMERT é conhecida há séculos. Contudo apenas nas últimas décadas se tem verificado um maior interesse nesta área. Embora este tipo de patologia esteja presente em todas as profissões e sectores, existem grupos de profissionais mais susceptíveis, sendo um deles os enfermeiros (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2000, *World Health Organization*, 2002 e Baumann, 2007).

As LMERT são então distúrbios de origem ocupacionais que correspondem a estados patológicos do sistema músculo-esquelético, que surgem em consequência do efeito cumulativo do desequilíbrio entre as solicitações mecânicas repetidas do trabalho e a capacidade de adaptação da zona do corpo atingida, ao longo de um período em que o tempo para a recuperação da fadiga foi insuficiente (Ranney, 2008). Estas lesões

resultam do desgaste muscular, tendinoso, articular e neurológico, e podem atingir variadas estruturas. Consoante a região do corpo afectada, vários autores, caracterizam o estado patológico em cervicalgias, dorsalgias, lombalgias, patologia dos membros superiores e patologia dos membros inferiores (Silva, 2000).

Neste tipo de lesões a sintomatologia mais frequente é a dor, o desconforto, as parestesias, a sensação de peso, a fadiga localizada a determinado segmento corporal, a sensação ou perda objectiva de força e o edema (Serranheira, Lopes e Uva, 2004; Ranney, 2008). Na sua maioria, a sintomatologia é insidiosa, no entanto a contínua exposição aos factores de risco (fig.1) leva a que os sintomas inicialmente intermitentes se tornem gradualmente permanentes e persistentes, prolongando-se pelas horas de descanso, podendo interferir até mesmo com a qualidade do sono. Deste modo, os sintomas passam a ser desencadeados por esforços mínimos, interferindo com o trabalho e até mesmo com as actividades de vida diária (Ranney, 2008).



Figura 1: Descrição dos mecanismos da patogénese das LMERT (Van der Beek e Frings-Dresen, 1998, adaptado de Serranheira, 2007).

Segundo Estry-Behar (2004), as LMERT são frequentes no geral em contexto hospitalar e, em particular nos enfermeiros. Entre a sintomatologia relacionada com a saúde dos enfermeiros, as cervico-dorso-lombalgias têm sido as de maior prevalência, sendo provocadas, sobretudo, pela adopção de posturas inadequadas na execução das actividades desenvolvidas, espaço físico inadequado, equipamento em más condições de uso, quadro de funcionários reduzido e turno duplos (Gurgueira, Alexandre, e Filho, 2003).

Em todo o mundo os sistemas de saúde encontram-se cada vez mais pressionados face a um número crescente de necessidades de saúde e de limitações de cariz financeiro, que acarreta grandes restrições ao nível das infra-estruturas e dos recursos no sector da saúde (Baumann, 2007). Decorrentes destas restrições degradam-se gradualmente as

condições de trabalho destes profissionais de saúde, com implicações na saúde dos enfermeiros, nomeadamente ao nível do sistema músculo-esquelético.

Relacionando as LMERT com o presentismo, inúmeros estudos internacionais no contexto da actividade dos enfermeiros corroboram de forma irrefutável o impacto negativo que estas apresentam em termos de produtividade, absentismo e qualidade de vida dos profissionais (Trinkoff *et al.*, 2002, Alexopoulos, Burdorf e Kalokerinou, 2003, Silva e Marziale, 2000, Smith, *et al.*, 2004, Estry-Behar, 2004).

Em Portugal, estudos desenvolvidos em contexto hospitalar por Barroso, Carneiro e Braga (2007), realçam a importância da implementação de actividades, nomeadamente programas de formação e treino dos profissionais, em relação aos princípios de mecânica corporal em procedimentos que envolvam carga, como seja, o caso de transferência de doentes e materiais. Tais medidas proporcionam uma maior satisfação e bem-estar e, conseqüentemente, uma diminuição do stress emocional e danos físicos.

1.2.2. Stress e Trabalho

Segundo a WHO (2001), a Organização Internacional do Trabalho, reconhece praticamente a existência de stress em todas as profissões, sendo a enfermagem apontada como uma das mais stressantes, e por isso, alvo de investigação.

Os profissionais de enfermagem, na sua actividade laboral, encontram-se expostos a inúmeros factores geradores de stress, estando estes relacionados com aspectos de organização (organização do trabalho), sistema de trabalho (excessiva carga horária de trabalho) e da qualidade das relações humanas (convivência com o sofrimento, dor, doença e morte).

Quanto à sintomatologia mais frequente no stress, podemos dividir em fisiológicos, no qual se destaca sudorese, tensão muscular, taquicardia, hipertensão arterial, crepitação temporo mandibular, bruxismo, hiperactividade, náuseas, extremidades frias; e em psicossomáticos, onde se destaca a ansiedade, tensão, a angústia, a insónia, a alienação, as dúvidas quanto ao “EU”, preocupação excessiva, dificuldade de concentração em outros assuntos, ira e hipersensibilidade emotiva (Miranda, 1998, Areias, 2002, Lipp, 2003 e Carmelo e Angerami, 2004, citados por Ferreira e Matino, 2006).

De acordo com Carlotto e Gobbi (1999) e Maslach e Jackson (1981) citados por Rosa e Carlotto (2003), o desgaste causado pelo stress pode levar o indivíduo a um estado de *burnout*, termo bastante utilizado actualmente, definido como um processo constituído por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização Profissional. A exaustão emocional é caracterizada pela carência de energia, entusiasmo e por sentimento de esgotamento de recursos. A despersonalização faz com que o profissional passe a tratar os clientes, colegas e a organização como objectos, podendo desenvolver uma insensibilidade emocional. Já, a baixa realização profissional revela-se por uma tendência do profissional em se auto-avaliar de forma negativa. As pessoas sentem-se infelizes com elas próprias e insatisfeitas com seu desenvolvimento profissional. Alguns autores afirmam que a síndrome de *burnout* tem sido evidenciada principalmente em profissionais que actuam na educação fundamental e básica, e na prestação de cuidados a crianças, e pessoas e/ou grupos sociais carenciados (Pafaro, 2002, Lipp, 1996 e Mendes, 1995, citados por Ferreira e Martino, 2006).

As estratégias que podem ser adoptadas tendo em vista a redução deste sofrimento psíquico no trabalho estão associadas a uma melhor divisão do trabalho entre a equipa multidisciplinar, a reposição dos profissionais que, por algum motivo, não se encontram no campo de trabalho, com o intuito de manter a eficácia do tempo de horas de trabalho (gestão do tempo), o apoio dos colegas na resolução de problemas clínicos, o reconhecimento por parte dos superiores hierárquicos, a participação na tomada de decisão, a oportunidade de desenvolver as suas habilidades, e a oportunidade para conversarem sobre as tensões no trabalho (Bourbonnais *et al.*, 1998, citado por Manetti e Marziale, 2007).

1.2.3. Trabalho por turnos

Durante muito tempo, independente da forma ou do lugar das actividades laborais, foi expressiva a existência do trabalho por turnos, principalmente em locais estratégicos onde a produtividade, e a eficiência eram factores competitivos essenciais para a obtenção de uma posição competitiva entre as organizações (Monk e Folkard, 1992, citado por Silva *et al.*, 2010).

Actualmente, muitas organizações têm em consideração a ritimicidade circadiana dos profissionais que trabalham por turnos na tentativa de minimizar consequências negativas para a saúde. O trabalho por turnos causa, ao longo do tempo, alterações de

grande importância à saúde do profissional no que diz respeito aos aspectos psíquicos, físicos e emocionais e nos seus aspectos sociais, familiares e interpessoais (Santos e Inocente, 2006).

Segundo Silva *et al.* (2010), a cronobiologia pode ser definida como, o ramo recente do conhecimento biológico que incide na dimensão temporal da matéria viva, sendo os ritmos biológicos o mais conhecido. O organismo do ser humano funciona de acordo com um relógio biológico, que possui ritmos distintos funcionando de acordo com os factores ambientais externos e internos. A ritmicidade natural para diversas funções do nosso organismo segue um comportamento periódico (Pinto e Mello, 2000).

Um dos ritmos mais estudados actualmente é o ciclo vigília-sono em profissionais que trabalham por turnos, onde se destaca tanto os seus aspectos fisiológicos como também os psicológicos e sociais (Santos e Inocente, 2006). Com isto, o ciclo circadiano (um dos ciclos biorrítmicos naturais) é afectado por este regime de trabalho podendo acarretar consigo consequências negativas para o organismo (Monk e Folkard, 1992, citados por Silva, *et al.*, 2010). Nesta mesma linha de pensamento, Santos e Inocente (2006) argumentam que o sistema de trabalho por turnos provoca alterações no organismo e na vida social, sendo bastante utilizado no dias de hoje. O número de turnos consecutivos de trabalho, a duração de cada turno, a regularidade dos horários de trabalho, e a distribuição do tempo livre podem levar os profissionais de saúde a apresentarem alterações nos padrões do sono bem como nas funções fisiológicas e cognitivas que se expressam de maneira rítmica (Fischer *et al.*, 2002).

Os ritmos cronobiológicos influenciam as habilidades motoras e os factores fisiológicos, sendo os factores fisiológicos os mais afectados que incluem: a força; a energia; e a resistência. Entre as habilidades motoras influenciadas estão: a coordenação e o tempo de reacção. Assim sendo, um ciclo vigília-sono reduzido pode ter um efeito indesejado traduzindo-se em baixos níveis de concentração, foco, movimentação, força mental e resistência à dor (Silva *et al.*, 2010).

No que se refere ao sistema de rotação de turnos, vários autores apontam como principais consequências deste sistema de trabalho as perturbações do sono, as perturbações gastrointestinais, as perturbações cardiovasculares, as alterações psicológicas, e as alterações sociais e familiares. Contudo, os sinais e sintomas que

apresentam uma maior frequência são problemas de concentração, ansiedade, irritação e stress (Pinto e Melo, 2000; Fischer, Moreno e Rotenberg, 2003; Filho, 1998 e Rodrigues 1998, citados por Silvia, *et al.*, 2010).

A duração insuficiente ou a reduzida qualidade do sono compromete a capacidade física, e cognitiva, bem como a motivação do profissional, podendo disto decorrer riscos à segurança e ao meio ambiente, redução de produtividade e da qualidade dos serviços prestados, bem como uma degradação das relações no ambiente familiar e social (Rodrigues, 1998, citado por Silva *et al.*, 2010).

1.2.4. Qualidade do sono

O sono pode ser definido como um estado fisiológico complexo, que requer um envolvimento cerebral, durante o qual se verificam alterações dos processos fisiológicos e comportamentais como, e.g., a diminuição da mobilidade e o aumento do limiar de resposta aos estímulos externos. Segundo Geib *et al.* (2003), o sono é um estado descontínuo, organizado em fases, que se diferenciam por traçados electroencefalográficos específicos. De um modo geral, o sono pode ser definido como “o estado fisiológico que interrompe a vigília e permite restaurar as condições do início da vigília precedente” (Martinez, 1999, citado por Ferro, 2005, p.45).

Ao longo do século XX, a evolução do conhecimento acerca do sono quer a nível experimental, quer na prática clínica, foi possível a partir do registo das ondas cerebrais através do electroencefalograma, comumente designado por EEG. O EEG permitiu assim um conhecimento mais profundo e objectivo entre a vigília e o sono, bem como a definição das suas fases (Fernandes, 2006).

Desta forma, os dois factores que controlam a necessidade fisiológica de sono são, a arquitetura intrínseca e o ritmo circadiano de sono e vigília (Geib *et al.*, 2003). Portanto, para se obter uma optimização do estado de vigília deve-se ter em conta a arquitectura do sono que pode ser analisada através dos traçados electroencefalográficos. Esses traçados permitem caracterizar o sono em duas fases tendo em conta as características eléctricas, comportamentais e funcionais, são elas, a NREM e a REM. A NREM é a fase que caracteriza o sono apresentando ondas lentas ou sincronizadas, dando início ao sono e no qual se observa um aprofundamento gradual à medida que as ondas cerebrais se tornam progressivamente mais lentas. Esta fase é ainda dividida em quatro estágios,

numerados de I a IV. À medida que os estágios se sucedem, o indivíduo torna-se cada vez menos reactivo aos estímulos sensoriais. A fase do sono NREM é considerada restauradora das funções orgânicas, por estar associada à restituição da estrutura protéica neuronal e ao aumento da secreção da hormona de crescimento. Por último, temos a segunda fase do sono REM, ou sono activo, que ocorre em intervalos regulares de, aproximadamente, 90 minutos após o ciclo completo do sono NREM, estando associado à ocorrência de sonhos. Este ocupa uma a duas horas do total do sono no adulto, o que corresponde a cerca de 20 a 25% do tempo de sono (Geib *et al.*, 2003).

São vários os estudos sobre a privação do sono realizados, que têm tido evidências convincentes de que o sono é um elemento necessário e essencial para manter o funcionamento adequado do organismo, na medida em que este se tornou fundamental na consolidação da memória, na visão binocular, na termorregulação, na conservação e restauração da energia (Reimão, 1996, citado por Muller e Guimarães, 2007), e restauração do metabolismo energético cerebral (Ferrara e Gennaro, 2001 citado por Muller e Guimarães, 2007). Assim sendo, a presença de perturbações no sono, ou uma má qualidade do sono comprometem tais importantes funções, acarretando alterações significativas no funcionamento físico, emocional (Medeiros *et al.*, 2009; Martino, 1989, Martino e Misko, 2004, citado por Martino e Basto, 2009; Silva e Martino, 2009), cognitivo, ocupacional e social do indivíduo, para além de comprometer a qualidade de vida do mesmo (Muller e Guimarães, 2007).

Neste sentido, a privação de sono apresenta-se como um problema prevalente, considerado como um factor de stress crescente na sociedade moderna. Têm-se demonstrado que a privação aguda do sono compromete o desempenho cognitivo e emocional e, quando se torna presente em noites sucessivas, os indivíduos saudáveis têm evidenciado um declínio gradual nas tarefas cognitivas, que envolvam memória, aprendizagem, raciocínio lógico, cálculos aritméticos, bem como o poder de decisão (Ferro, 2005; Medeiros *et al.*, 2009; Pereira *et al.*, 2010). Paralelamente à privação do sono emerge também a questão da qualidade do sono, isto porque dormir um número elevado de horas não é sinónimo de qualidade do sono, podendo até muitas vezes verificar-se o inverso. Estudos realizados nesta área afirmam que o stress é um dos factores que interfere quer ao nível da privação do mesmo, quer ao nível da qualidade do sono (Muller e Guimarães, 2007; Rocha e Martino, 2010).

Relativamente à qualidade do sono, os conhecimentos da Fisiologia e da Cronobiologia são os pilares teóricos para compreender a forma como o stress interfere neste parâmetro. Sabe-se que existe uma estreita relação entre o sistema nervoso e o endócrino, considerando a actuação do hipotálamo como órgão comum entre ambos. Actualmente, o stress é considerado como um dos grandes factores responsáveis pela insónia, uma vez que desencadeia a actividade do eixo hipotálamo-pituitária adrenal (HPA), ocasionando o despertar. Durante o sono, as actividades do eixo HPA estão reduzidas, no entanto o stress estimula as actividades do eixo HPA como resposta a situações stressantes (Palma *et al.*, 2007).

Esta dimensão da qualidade do sono está muitas vezes interligada ao trabalho por turnos que, conseqüentemente, apresenta uma influência no desempenho dos enfermeiros bem como o papel das instituições. Vários autores afirmam que o trabalho por turnos conduz a uma redução na duração de sono e alteração na qualidade do mesmo (Escribà *et al.*, 1992, citado por Fischer *et al.*, 2002; Marziale e Rozestraten, 1995, citado por Simões, Marques e Rocha, 2010; Campos e Martinho, 2004; Silva e Martino, 2009), que irá ter repercursões ao nível do desempenho dos enfermeiros (Rutenfranz, Knauth e Fisher, 1989, citado por Campos e Martinho, 2004; Ferro, 2005).

É do conhecimento geral que uma das formas das instituições de saúde diminuírem os seus custos é através do aumento da exploração dos profissionais, instituindo gradualmente o aumento das horas de trabalho e a redução da mão-de-obra. Esta redução no contingente dos profissionais reflecte-se directamente no trabalho dos enfermeiros que se mantêm na instituição, coagidos a aumentar a sobrecarga na execução das suas actividades, o que gera situações de tensão no ambiente de trabalho e compromete a prestação de cuidados ao cliente (Sears *et al.*, 2008, citado por Rocha e Martino, 2010).

O trabalho por turnos não favorece apenas o surgimento de distúrbios do sono, mas igualmente o aumento da sonolência diurna e diminuição dos estados de alerta do indivíduo (Ferreira, 1987, Costa, 1997, Fisher, Lieber e Brown, 1995, citado por Campos e Martino, 2004; Rocha e Martino, 2010). Os efeitos destas alterações no ciclo vigília-sono podem causar, como conseqüências, um maior risco de acidentes de trabalho, assim como um prejuízo da qualidade dos serviços prestados, bem como da vida social e familiar dos profissionais (Clancy e McVicar, 1995, Martino, 1996, 2002,

citado por Martino e Basto, 2009; Akerstedt, 2005, citado por Silva e Martino, 2009; Rocha e Martino, 2010).

As actividades laborais que adoptam o trabalho por turnos impõem aos seus profissionais profundas repercussões à saúde e prejuízo na vida social. Segundo Rocha e Martino (2010), este sistema de organização de trabalho faz com que os ritmos biológicos sejam alterados, tendo consequências directas nos sistemas orgânicos e no ciclo vigília-sono. Ainda de acordo com estes autores existem três tipos de distúrbios do sono relacionados com o stress no trabalho: dificuldade em adormecer, maior frequência de interrupções do sono nocturno e dificuldade em despertar no período da manhã. Estes autores concluíram a existência de uma associação directa entre a sobrecarga no trabalho e os três tipos de distúrbios do sono.

Tendo em conta as duas variáveis referenciadas anteriormente, realizou-se um estudo de investigação (Pikó, 1999, citado por Rocha e Martino, 2009) centrado nos níveis de stress dos enfermeiros e as características organizacionais do trabalho, de forma a averiguar uma relação com a dificuldade dos profissionais para adormecer e o uso de medicamentos para dormir. Desse mesmo estudo, constatou-se uma relação positiva entre as variáveis. Para além disso quando analisadas individualmente confirmou-se os efeitos nocivos do stress sobre o sono, com maiores repercussões negativas para os profissionais que utilizam medicamentos para dormir. Este resultado revelou-se extremamente preocupante, uma vez que os enfermeiros que utilizavam medicamentos para dormir apresentaram alterações na qualidade, duração e distúrbios do sono; sonolência durante o dia e falta de entusiasmo para realizar as actividades diárias.

Num outro estudo levado a cabo por Martino e Basto (2009) procurou-se responder alguns efeitos do trabalho por turnos do enfermeiro num hospital do distrito de Lisboa pretendendo-se estabelecer uma relação entre algumas variáveis do sono e os estados cognitivos. Um dos instrumentos de avaliação foi o Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) que mostrou valores gerais para os níveis de boa qualidade de 28.57% enquanto, de má qualidade 71.43%, uma característica típica dos indivíduos que trabalham em horários rotativos como os sujeitos desta amostra. Para além disso, constataram que a percentagem de má qualidade de sono foi superior no género masculino do que no feminino. Ainda assim, os indivíduos com boa qualidade

de sono acordavam mais tarde e tinham mais horas de sono em comparação com os que apresentavam uma má qualidade de sono.

Neste sentido, com a definição de todas estas variantes implicadas no trabalho do enfermeiro em horário rotativo e que presta cuidados de saúde directos recorreu-se neste estudo a uma escala de forma a analisar a qualidade do sono dos enfermeiros, sendo uma das causas de presentismo que nos prepussemos a estudar. Assim, utilizou-se o IQSP (Buyesse *et al.*, 1988, citado por Nércio, 2010), questionário que se destina a analisar as características do padrão de sono, a quantificar a qualidade de sono dos enfermeiros do estudo; englobando a qualidade subjectiva do sono e a ocorrência de distúrbios dos mesmos, no mês anterior ao dia de preenchimento (Martino e Basto, 2009).

Este instrumento é composto por **sete componentes**, entre elas, o **primeiro** refere-se à qualidade subjectiva do sono, considerando a percepção individual da qualidade do sono; o **segundo** correspondente à latência do sono, como sendo o tempo necessário para se iniciar o sono; o **terceiro**, a duração do sono, relativamente ao tempo que o indivíduo permanece a dormir; o **quarto**, à eficiência habitual do sono que é obtida através da relação entre o número de horas dormidas e o número de horas que o indivíduo permanece no leito, não estando necessariamente a dormir; o **quinto** corresponde aos distúrbios do sono, em que os indivíduos devem indicar as situações que motivaram ao comprometimento do sono; o **sexto** esta relacionado com o uso de medicação para dormir, se utiliza ou não; e o **sétimo** corresponde à sonolência diurna e aos distúrbios durante o dia, em que se refere a existência de alterações na disposição, entusiasmo para executar as tarefas de rotina, determinadas pela sonolência diurna (Martino e Basto, 2009).

1.3 Medição do presentismo

A saúde dos trabalhadores em particular dos enfermeiros nunca foi encarada como uma variável que pudesse ser quantificada e gerida de modo a contribuir para a produtividade. De acordo com Sousa (2005), hoje em dia já se verificam algumas organizações noutros sectores de actividade a utilizar instrumentos para quantificar o presentismo e o seu impacto na produtividade.

O reconhecimento da existência da relação directa entre a saúde e a produtividade despertou o interesse de alguns investigadores para aprofundar conhecimentos nesta área, desenvolvendo inúmeras escalas para avaliação das perdas de produtividade e do presentismo. Segundo Ozminkowski *et al.* (2004), os instrumentos que possibilitam essa medição são: *The American Productivity Audit Work and Health Interview*; *Employer Health Coalition*; *Endicott Work Productivity Scale*; *Health and Labor Questionnaire*; *Health-Related Lost Productive Time*; *MacArthur Health Questionnaire*; *Stanford Presenteeism Scale (SPS)*; *Work Limitations Questionnaire (WLQ)*; *Work Performance Questionnaire*; *Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire* e *Work Productivity Short Inventory*.

Os instrumentos mais utilizados pelas organizações são as escalas SPS e WLQ (Pilette, 2005).

Para a condução deste estudo, recorreu-se às escalas *Stanford Presenteeism Scale-6 (SPS-6)* e *Work Limitations Questionnaire-8 (WLQ-8)*, na medida em que são os instrumentos mais utilizados para medir o presentismo (Pilette, 2005), bem como para estimar as perdas de produtividade laboral (Lofland, Pizzi e Frick, 2004).

Stanford Presenteeism Scale-6 (SPS-6)

A versão original do instrumento SPS-6 foi desenvolvida e validada por Koopman *et al.* (2002), com uma versão de 6 afirmações ancoradas numa escala do tipo-Likert com cinco modalidades de resposta (de 1 – discordo totalmente, a 5 – concordo totalmente).

A estrutura da escala íntegra duas dimensões de presentismo. A primeira diz respeito ao constructo de ‘trabalho completado’ e refere-se à quantidade de trabalho que é efectuada quando o trabalhador está sob a influência das causas de presentismo. A segunda diz respeito à ‘distracção evitada’ e corresponde à capacidade de concentração que as pessoas apresentam quando se manifestam sintomas de presentismo.

De acordo com Koopman *et al.* (2002), o primeiro constructo manifesta-se através de causas físicas, enquanto o segundo se associa mais a origens do foro psicológico.

Work Limitations Questionnaire – 8 (WLQ-8)

No que diz respeito à escala WLQ-8, a última versão foi adoptada por Ozminkowski *et al.* (2004), sendo composta por oito itens ancorados numa escala tipo likert que varia de

1 a 5, desde “Discordo totalmente” a “Concordo Totalmente”. Esta escala é utilizada para avaliar o impacto das doenças crónicas em contexto de trabalho, fornecendo uma imagem adequada do papel da saúde do trabalhador na produtividade do trabalho (Lerner *et al.*, 2001).

1.4 A produtividade e o presentismo

O mundo do trabalho mudou em muitos aspectos durante os anos 90 do século passado. Estas mudanças, de uma forma global caracterizam-se por níveis elevados de desemprego, reestruturação do sector público e privado, diminuição do tempo de contrato e redução da estabilidade no trabalho (Aronsson, Gustafsson e Dallner, 2005). De acordo com Marchi (2006) citado por Santos e Vajda (2007), nas últimas 3 décadas, estudos sobre a promoção de saúde no local de trabalho têm quantificado a relação entre boa saúde e aumento de produtividade.

A maioria dos empregadores e responsáveis organizacionais não estão totalmente despertados para as consequências que o presentismo pode acarretar, e como tal não analisam profundamente o presentismo. De uma forma geral, pode-se considerar o presentismo como estando associado a alterações no desempenho dos colaboradores e perdas manifestas de produtividade que, por consequência, afectam o rendimento global das empresas, resultando em implicações económicas negativas (Chatterji e Tilley, 2002; Lofland, Pizzi e Frick, 2004; Burton *et al.*, 2005; Hemp, 2004).

A preocupação da empresa com a saúde do profissional não é somente uma obrigação económica, como também ética. A dificuldade encontra-se no facto dos gestores não encarem tais medidas como um investimento, mas sim como uma despesa (Santos e Vajda, 2007). No entanto, as empresas compreendem cada vez mais que a solução passa, por fazer com que o lazer e o bem-estar invadam a esfera profissional, sendo este alcançado através de incentivos por parte das empresas à prática de actividades físicas, pausas periódicas e ginástica laboral, adequação do ambiente de trabalho às características físicas dos profissionais, melhor alimentação e campanhas de sensibilização (Santos e Vajda, 2007).

Segundo Martinez, *et al.*, (2007), o presentismo limita a produtividade em termos de quantidade de trabalho e de qualidade do trabalho produzido. As repercussões no âmbito da qualidade reflectem-se essencialmente em erros e omissões nos

procedimentos de trabalho enquanto que, no que diz respeito à quantidade, a produção não corresponde àquilo que é expectável em termos de objectivos de trabalho, sobretudo devido a dificuldades de concentração. A quebra da produtividade traduz-se na incapacidade de desempenhar as tarefas de rotina associadas ao posto de trabalho (Burton *et al.*, 2005; Hemp, 2004), podendo ainda resultar em elevadas taxas de abandono por doença (Grinyer e Singleton, 2000), que justifica alguma intercorrelação entre presentismo e absentismo (Koopman *et al.*, 2002).

Os estado fisiológico e psicológico dos trabalhadores são, por isso, importantes em termos de responsabilidade social da organização, mas também em termos da sua competitividade.

A psicologia positiva tem vindo a defender que a adopção de um interpretativo optimista tem efeitos benéficos psicológico e fisiológico, efeitos esses que potenciam a produtividade e motivação individual. De acordo com esta linha de pensamento, as emoções positivas são fundamentais para auxiliar e melhorar o crescimento e desenvolvimento pessoal (Fredrickson, 2003), sendo o estudo de aspectos negativos – como disfunções e patologias – relegado para segundo plano. Esta corrente da psicologia foi recentemente importada para o comportamento organizacional, originando um conjunto de teorias organizacionais de base psicológica que assentam no estudo das características positivas (Cameron, Dutton e Quinn, 2003; Fineman, 2006; Luthans, 2002; Seligman e Czikszentmihalyi, 2000). Esta corrente de investigação demonstra a existência de uma relação positiva entre as capacidades psicológicas e o desempenho em contexto organizacional. Assim sendo a produtividade é avaliada através do recurso de escalas que avaliam o desempenho que engloba o desempenho de tarefa e a virtude cívica através do comportamento de cidadania organizacional.

Propor aos enfermeiros um trabalho compatível com a qualidade de vida, bem-estar e satisfação pessoal é um grande desafio. O desenvolvimento, a promoção e implementação de políticas de saúde nos locais de trabalho é uma das principais responsabilidades das organizações, para o desenvolvimento da saúde do profissional (Poll, Lunardi e Filho, 2008; Whitehead, 2006).

2 - DECISÕES METODOLÓGICAS

Segundo Fortin (2009), o desenho de investigação é um plano lógico e sistemático constituído por um aglomerado de decisões que permita aos investigadores explorar e responder empiricamente às questões de investigação. Por outro lado, este visa também explicitar e especificar os mecanismos de controlo de modo a minimizar as fontes potenciais de enviesamento que colocam em risco a fiabilidade e validade dos resultados do estudo.

De todos os métodos de aquisição de conhecimento, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável que, por excelência permite a aquisição de conhecimentos novos e precisos através de um processo sistemático dotado de um poder descritivo e explicativo dos factores que assenta na recolha de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico (Fortin, 2009).

No decorrer deste capítulo encontram-se discriminadas todas as etapas do desenho de investigação, enumeradas por Fortin (2009).

2.1 Paradigma e tipo de estudo

O paradigma pode ser definido como uma visão do mundo, ou seja, uma perspectiva geral sobre as complexidades do mundo real (Polit, 2004).

De acordo com a questão de investigação e os objectivos que pretendemos atingir através da realização deste estudo achou-se que a melhor estratégia para os concretizar seria através da utilização do método de investigação quantitativo na medida em que a investigação quantitativa assenta no paradigma positivista, onde as suas origens ascendem das ciências físicas, o que implica que a verdade é absoluta e que os factos e os princípios existem independentemente dos contextos histórico e social (Fortin, 2009). Este paradigma tenta, sobretudo, explicar e predizer um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos, estando sempre orientado para a generalização dos resultados.

O tipo de estudo pretende descrever a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, bem como as variáveis, explorando ou examinando as suas relações e hipóteses de causalidade entre as mesmas (Fortin, 2009).

O estudo realizado é do tipo descritivo correlacional, pois consiste em explorar as relações entre variáveis com vista a descrevê-las quantitativamente, de forma a descobrir possíveis relações entre as mesmas.

Este estudo é ainda, no entanto transversal, na medida em que a recolha de informação foi realizada num único momento e não seguiu a população amostral ao longo de um determinado período de tempo.

2.2 Meio

O meio é o local onde o estudo é realizado sendo que este deve ser acessível, de modo a obter-se a colaboração e as autorizações necessárias à realização do estudo mesmo (Fortin, 2009). Este estudo foi realizado em meio natural, isto é, os enfermeiros inquiridos não foram sujeitos a qualquer tipo de controlo laboratorial, na medida em que os dados foram recolhidos no seu meio de laboral, através de um questionário.

2.3 População

No planeamento de um trabalho de investigação torna-se necessário e imprescindível precisar a população a ser estudada, ou seja, a população-alvo. Para Fortin (2009), a população define-se como um conjunto de elementos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios; e a população-alvo como um conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais os investigadores desejam fazer generalizações. No entanto, como raramente se tem a possibilidade de estudar a população-alvo na sua totalidade, os investigadores examinam apenas a população acessível, que segundo Fortin (2009), é a porção da população-alvo a que se pode aceder, sendo esta representativa da mesma.

Tendo em conta os objectivos do estudo e o tamanho da população de enfermeiros do distrito de Lisboa, a população acessível que serviu de base ao estudo foi obtida através do processo não probabilístico accidental, sendo constituída por 99 enfermeiros de hospitais do distrito de Lisboa.

Os critérios de inclusão têm como principal objectivo tornar a amostra o mais homogénea possível, correspondendo às características que se deseja encontrar nos elementos da amostra (Fortin, 2009). Para a realização deste estudo foi definido como

critério de inclusão: exercer funções nos serviços de medicina, ortopedia, cirurgia e unidades de cuidados intensivos; trabalhar por turnos; e a prestar cuidados de enfermagem directos em contexto hospitalar. O inverso será considerado como critério de exclusão.

2.4 Variáveis

As variáveis podem ser definidas como unidades de base da investigação, podendo estas ser qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação (Fortin, 2009).

Tratando-se de um estudo descritivo correlacional, as variáveis referenciadas nesta alínea serão apenas variáveis de atributo, que servem para caracterizar a amostra nomeadamente, idade, género, categoria profissional, habilitações profissionais, tempo de exercício profissional, acumulação de funções e trabalho por turnos. As variáveis de investigação encontram-se no questionário em apêndice IV.

2.5 Hipóteses

A hipótese consiste num enunciado que visa antecipar relações entre variáveis, necessitando de uma verificação empírica (Fortin, 2009)

Para a realização deste estudo verificou-se a necessidade de levantar várias hipóteses simples (fig. 2), deduzida da revisão bibliográfica e de forma a determinar a sua validade



Figura 2: Modelo Conceptual

Sabendo que a qualidade do sono, o stress e as lesões músculo-esqueléticas acarretam sinais e sintomas que potenciam elevados níveis de presentismo, espera-se para efeitos de estudo que indivíduos com alterações na qualidade do sono venham a reflectir níveis de presentismo superiores. Por outro lado, é também esperado que os indivíduos sem alterações na qualidade do sono apresentem níveis mais baixos de presentismo.

Assim sendo, com esta pesquisa pretende-se contribuir para o estudo da relação entre três possíveis causas de presentismo – qualidade do sono, lesões músculo-esqueléticas e stress. Ao longo deste estudo as variáveis apresentam um carácter dependente/independente de acordo as interações estabelecidas entre elas.

Como hipóteses deste estudo temos que:

Hipótese 1 (H_1) – O stress, as lesões músculo-esqueléticas e a qualidade do sono apresentam uma influência significativa no presentismo.

H_1



A: Variável Independente **B:** Variável Dependente

Figura 3: Influência que a variável A têm sobre a variável B.

- Hipótese 1a (H_{1a}): O stress influencia o presentismo.
- Hipótese 1b (H_{1b}): As lesões músculo-esqueléticas influenciam o presentismo.
- Hipótese 1c (H_{1c}): A qualidade do sono influencia o presentismo.

Hipótese 2 (H_2) – O presentismo influencia significativamente o desempenho

H_2



B: Variável Independente **C:** Variável Dependente

Figura 4: Influência que variável B têm sobre variável C.

- Hipótese 2a (H_{2a}) – O presentismo **influencia** o desempenho das tarefas dos enfermeiros.
- Hipótese 2b (H_{2b}) – O presentismo **influencia** os CCO (virtude cívica) dos enfermeiros.

2.6 *Instrumento de recolha de dados*

O instrumento de recolha de dados foi elaborado com base em 3 escalas, nomeadamente a SPS-6, WLQ-8 e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg (IQSP) tendo sido adaptadas de Martinez *et al.* (2007); Martinez *et al.* (2007); e Nécio (2010), respectivamente. Todas as escalas utilizadas encontram-se adaptadas à população portuguesa, à excepção da escala IQSP que se encontra adaptada apenas à língua portuguesa. Uma vez que as escalas se apresentam de livre acesso público não foi pedida qualquer autorização para a utilização das mesmas.

2.6.1 *Variáveis de Atributo ou Controlo*

A idade, o género, a categoria profissional, as habilitações profissionais, o tempo de exercício profissional, o trabalho por turnos e a acumulação de funções, foram utilizadas como variáveis de atributo que podem influenciar a percepção do presentismo e a qualidade do sono.

Deste modo, controlou-se a idade e o tempo de experiência profissional em anos; o género, codificado como variável *dummy* (Cohen *et al.*, 2003) em que “0” corresponde a Masculino e “1” a Feminino. Controlou-se também a variável categoria profissional como variável *dummy* em que “0” corresponde a enfermeiro, ”1” enfermeiro graduado e ”10” enfermeiro especialista; Acumulação de funções foi também codificada como uma variável *dummy* onde “0” corresponde a ter outro emprego e “1” corresponde a não ter outro emprego; O trabalho por turnos também foi classificado como uma variável *dummy* onde “0” corresponde a trabalhar por turnos e “1” corresponde a não trabalhar por turnos.

2.6.2 *Variáveis de Investigação*

Distracção evitada

A distracção evitada foi medida, utilizando a escala SPS-6. A distracção evitada incide nas causas psicológicas de presentismo e corresponde à capacidade de concentração que as pessoas manifestam aquando da presença de sintomas de presentismo (Martinez, *et al.*, 2007). Esta escala avalia a distracção evitada através de 3 itens com respostas numa escala do tipo Likert que varia de 1 a 5, desde “Discordo totalmente” a “Concordo

totalmente”. Um exemplo de item é “No trabalho, consegui concentrar-me na concretização dos meus objectivos, apesar do meu problema de saúde”.

Do ponto de vista das propriedades psicométricas, Lofland, Pizzi e Frick (2004), Koopman *et al.* (2002), referem que a escala apresenta um coeficiente de fiabilidade interna, *alpha* de Cronbach acima de 0,80. Tais conclusões foram obtidas através de uma análise factorial exploratória de máxima verosimilhança. O valor de *alpha* acima 0,70, atesta a boa consistência interna da escala (Kline, 1994, Nunnally, 1978, citado por Martinez, *et al.*, 2007).

Trabalho completado

O trabalho completado foi também medido, utilizando a escala SPS-6. O trabalho completado prende-se com aspectos físicos e refere-se à quantidade de trabalho que é efectuada quando o trabalhador está sob a influência das causas de presentismo (Martinez, *et al.*, 2007). O trabalho completado é avaliado segundo esta escala através de 3 itens com cinco modalidades de resposta (de 1 – discordo totalmente, a 5 – Concordo Totalmente). Um exemplo de item é “Devido ao meu problema de saúde, as dificuldades que normalmente fazem parte do meu trabalho foram mais complicadas de gerir”.

Como referido anteriormente esta escala apresenta uma boa consistência interna visto que o valor do *alpha* de Cronbach é igual a 0,80 Martinez *et al.* (2007).

Limitações do trabalho

As limitações do trabalho foram medidas, utilizando a escala WLQ-8. Esta escala avalia o impacto das doenças crónicas em contexto de trabalho, fornecendo uma imagem adequada do papel da saúde do trabalhador na produtividade do trabalho (Lerner *et al.*, 2001). Esta versão é composta por 8 itens com respostas numa escala tipo Likert que varia de 1 a 5, desde “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”. Um exemplo de item é “Devido ao meu problema de saúde, as dificuldades que normalmente fazem parte do meu trabalho foram mais complicadas de gerir.” (Ozminkowski *et al.*, 2004). Segundo Martinez *et al.* (2007), no que diz respeito às propriedades psicométricas, a escala WLQ-8 apresenta uma boa consistência interna com valor do *alpha* de Cronbach acima de 0,90, atestando assim a sua fiabilidade.

Qualidade do sono

A qualidade do sono foi medida, através do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP). Este instrumento foi desenvolvido por Buysse *et al.* em 1988, e pretende avaliar a qualidade do sono, através de uma análise dos seus aspectos quantificáveis e qualitativos, tendo por referência o mês anterior à sua aplicação. A escala é composta por 18 itens e incide em sete dimensões, sendo elas a Eficiência Habitual do Sono, Duração Total do Sono, Latência do Sono, Perturbações do Sono, Qualidade Subjectiva do Sono, Uso de Medicação para Dormir e Disfunção Diurna (Buyesse *et al.*, 1988, citado por Nércio, 2010).

A cotação é efectuada com a atribuição de uma pontuação numa escala de 3 pontos, para cada uma das sub-escalas, portanto quanto maior for o resultado pior é a qualidade do sono do indivíduo, até um valor máximo de 21 pontos. De acordo com esta escala é considerado má qualidade do sono se o total da cotação for superior a 5 pontos e boa qualidade do sono uma cotação total até 5 pontos (Buysse *et al.*, 1988, citado por Nércio, 2010).

Quanto às propriedades psicométricas, o instrumento apresenta um coeficiente de fiabilidade interna, *alpha* de Cronbach igual a 0,83, o que indica que os sete componentes do índice aparentam medir aspectos do mesmo constructo, sendo por isso fiável (Buysse *et al.*, 1988, citado por Nércio, 2010).

Comportamentos de Cidadania Organizacional (CCO)

O CCO foi medido tendo em conta as cinco dimensões de comportamentos de cidadania identificados por Organ (1988) citado por Chambel e Sousa (2007). Contudo optou-se por escolher apenas como parâmetro da avaliação os comportamentos de *virtude cívica* (ou seja, comportamentos que indicam que o trabalhador tem um papel activo onde participa de forma responsável e está envolvido com a vida da organização) por se considerar que das cinco dimensões era a que mais se encontrava directamente relacionada com a organização (Robinson e Morrison, 1995, citado por Chambel e Sousa, 2007). A escala utilizada para avaliar o CCO foi elaborada por Morrison (1994) e é constituída por 6 itens com respostas que variam entre 1 a 5, desde de ‘Quase nunca’ a ‘Quase sempre’. Um exemplo de item é ‘Pensa no que é melhor para esta empresa’.

No que diz respeito às propriedades psicométricas, o instrumento é fiável apresentando um coeficiente de fiabilidade interna, *alpha* de Cronbach igual a 0,92 (Chambel e Sousa, 2007).

Desempenho de tarefa

O desempenho de tarefa foi medido, utilizando uma adaptação da escala de Williams e Anderson (1991), citado por Chambel e Sousa (2007). Esta escala é composta por 6 itens com respostas que podem variar entre 1 a 5, desde ‘Quase nunca’ a ‘Quase sempre’. Um exemplo de item é ‘Cumprir as tarefas que lhe foram destinadas’.

No que diz respeito às propriedades psicométricas, o instrumento apresenta uma boa consistência interna com valor do *alpha* de Cronbach igual a 0,93, o que comprova a sua fiabilidade (Chambel e Sousa, 2007).

2.6.3 Pré-Teste

A realização do pré-teste relativamente ao instrumento de recolha de dados é de extrema importância de modo a verificar a viabilidade do mesmo. Por outro lado, contribui também para a diminuição da probabilidade de enviesamento, assegurando que todos os participantes compreendem na íntegra o instrumento de recolha de dados. De acordo com Fortin (2009), o pré-teste é a medida de uma variável efectuada nos participantes que os investigadores pretendem estudar, antes que seja aplicado o tratamento experimental.

O questionário foi sujeito a um pré-teste realizado a 2 enfermeiros pertencentes à população do estudo entre os dias 10 e 15 de Maio de 2011, os quais não foram incluídos posteriormente no estudo.

2.7 Princípios Éticos

É sabido que toda e qualquer investigação que envolva seres humanos levanta a problemática da responsabilidade por parte do investigador a respeito da protecção dos direitos da pessoa.

De acordo com Fortin (2009), a ética é uma ciência da moral, na qual se dirige a conduta através de um conjunto de permissões e interdições, ou seja, medidas com o

objectivo primordial de proteger os direitos e liberdades da pessoa humana enquanto participante nos projectos de investigação.

Após a segunda guerra mundial as considerações morais e éticas começaram a ganhar destaque em reacção às atrocidades cometidas em nome da ciência. Para evitar tais acontecimentos, foram criados ao longo dos tempos, códigos como é o caso de Nuremberga, entre outros. Hoje em dia o código utilizado pelos investigadores de todo o mundo centra-se no Relatório de Belmont. Este foi proposto pela Comissão Nacional Americana em 1978, onde define três princípios éticos básicos no que diz respeito à condução da investigação junto da pessoa humana. São eles o respeito pela beneficência, autonomia e justiça (Fortin, 2009).

No presente estudo, foram respeitados todos os direitos enumerados por Fortin (2009), desenvolvendo em relação a cada um deles as respectivas premissas, da seguinte forma:

O direito à autodeterminação baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual esta tem direito de decidir por ela própria acerca sua participação ou não numa investigação (Fortin, 2009).

Para o cumprimento deste princípio (respeito pelo consentimento livre e esclarecido), foi explicado aos enfermeiros participantes do estudo o direito de decidir sobre a sua participação ou não na investigação, bem como desistir da mesma sem que tais actos lhe tragam quaisquer consequências.

O direito à intimidade ou à vida privada reporta-se à faculdade que a pessoa tem de decidir por ela própria sobre a extensão da informação de natureza pessoal a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas (Fortin, 2009).

Para o cumprimento deste princípio (respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais), todos os participantes tiveram a liberdade de decidir sobre o preenchimento ou não do questionário, através do consentimento informado, que se encontra em apêndice III.

O direito ao anonimato é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associado às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Por outro lado, o direito à

confidencialidade é assegurado sempre que as únicas pessoas a ter acesso a dados brutos passíveis de levar à identificação do participante, sejam os investigadores (Fortin, 2009).

Os resultados do estudo são apresentados de forma a nenhum enfermeiro seja identificado, assim como as únicas pessoas a terem acesso aos dados pessoais são os próprios investigadores.

O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo é baseado no princípio da beneficência segundo o qual consiste na prevenção do desconforto e do prejuízo e na promoção do maior bem-estar do participante, bem como os benefícios que outras pessoas poderão tirar das descobertas feitas no decurso da investigação. É também baseado no princípio da não maleficência que consiste na tentativa de suprimir, ao máximo, os inconvenientes que a investigação possa apresentar aos participantes (Fortin, 2009).

Estes direitos foram respeitados através da redução do risco de ordem física, psicológica, legal ou económica que possa advir da realização do estudo.

O direito pela justiça e equidade refere-se ao direito de ser tratado de maneira justa e equitativa antes, durante e após a investigação, bem como de ser informado sobre a sua natureza, a finalidade e a duração da investigação, assim como os métodos utilizados no estudo (Fortin, 2009).

Este direito foi cumprido através da informação fornecida aos participantes, estando contida no consentimento informado bem como pela disponibilização dos contactos dos investigadores, assumindo desde logo honrar todos os compromissos. Das informações referenciadas no consentimento constou a finalidade do estudo, os objectivos e a duração da investigação, bem como os métodos que foram utilizados no estudo.

Todos estes princípios foram respeitados durante o processo de investigação.

3 - ANÁLISE DOS DADOS

No que diz respeito à análise dos dados recorreu-se a dois ramos da estatística, a descritiva e a analítica. Na estatística descritiva utilizou-se as medidas de tendência central com a determinação da média, mediana, moda e os percentis; a medida de dispersão com a determinação do desvio-padrão; e as medidas de associação com a determinação dos valores de correlação de Pearson, Spearman e V de Cramer e Phi (Marôco, 2010). Na estatística analítica utilizou-se a regressão linear múltipla.

3.1 *Métodos Estatísticos*

De forma a caracterizar a nossa amostra baseamo-nos nas medidas de tendência central, que nos permitiu prever o valor da variável em estudo que ocorre com maior frequência; a medida de dispersão, que representou a maior ou menor diversificação de valores de uma variável em torno de um valor de tendência central (média ou mediana) considerado como o ponto de comparação; e, por fim, as medidas de associação de forma a avaliar eventuais relações entre as variáveis em estudo, tendo em conta o tipo de variável (escala de medida – nominal, ordinal ou quantitativa) (Marôco, 2010). Já, na estatística analítica utilizou-se a regressão linear múltipla com o intuito de testar os modelos preditivos (hipóteses) com mais de uma variável independente (Pestana e Gageiro, 2005; Marôco, 2010).

Os dados recolhidos foram submetidos a tratamento estatístico tendo sido utilizado para o efeito o programa informático de estatística *Statistical Package for the Social Sciences 20* (SPSS-20).

Desta forma, de acordo com os objectivos supramencionados bem como a natureza das variáveis consideradas, a análise estatística incidiu nos seguintes procedimentos:

Análise Descritiva dos Dados

Foi realizada a análise de frequências de respostas, tendo sido calculado as medidas de tendência central (média e moda), medidas de dispersão (desvio padrão), e medidas de associação (coeficiente de correlação de Pearson, Spearman e V de Cramer).

O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado nas variáveis quantitativas tendo sido apenas considerados os coeficientes entre -1 e 1 (Marôco, 2010). Nas variáveis

ordinais foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, tendo sido apenas considerados os coeficientes entre -1 e 1 (Marôco, 2010). Para as variáveis nominais não dicotómicas foi utilizado o coeficiente de correlação V de Cramer, tendo sido apenas considerados os coeficientes entre 0 e 1 (Marôco, 2010). No caso da variável nominal ser dicotómica foi utilizado o coeficiente de correlação de Phi (Marôco, 2010).

Estudo métrico dos instrumentos de avaliação

A análise factorial é uma técnica comumente utilizada para validar um constructo, permitindo determinar se os conceitos de um instrumento estão fortemente ligados entre si bem como, se os enunciados se reagrupam em torno de um só factor (Nunnally e Bernstein, 1993, citado por Fortin, 2010).

Por este motivo, o procedimento estatístico utilizado para a avaliação da distração evitada e trabalho completado, limitações do trabalho, qualidade do sono, comportamento de cidadania organizacional e desempenho das tarefas centrou-se na análise factorial exploratória sobre a matriz de correlações; com extração dos factores pelo método das componentes principais (comunalidades), critério de *scree plot*, e variância extraída por cada factor e a variância extraída total; seguida de uma rotação ortogonal varimax (Marôco, 2010). Todos estes procedimentos serão explicados de seguida, com o intuito de clarificar e justificar as acções efectuadas.

De acordo com Bartlett, Kotlik e Higging (2001), o cálculo do número de sujeitos da amostra varia de acordo com os itens a avaliar pelo que deve ser de, pelo menos, 5 sujeitos por item. Assim sendo, uma análise factorial de um teste/instrumento com 20 itens, devem incluir-se, pelo menos, 100 sujeitos de modo a assegurar uma boa análise factorial.

O que se pretende é que perante um número de variáveis inter-relacionadas de uma amostra, a análise factorial procure estimar um número de factores comuns; de forma que o número de variáveis seja inferior ao número de factores. Com isto, a análise factorial tendo como finalidade estimar os factores comuns e os factores específicos dos dados, previamente à estimação dos seus pesos torna-se necessário definir quando é que as correlações são elevadas o suficiente para que esta tenha utilidade na estimação de factores comuns. Para isso recorreu-se a inúmeros testes, e pelos quais sustentaram o nosso estudo.

Um deles prende-se pelo teste de esfericidade de Bartlett que testa se a matriz de correlação é uma matriz identidade, o que indicaria que não há correlação entre os dados. Com isto, para se verificar o pressuposto de esfericidade o *p-value* terá de ser inferior a 0,001. Porém, este teste é pouco utilizado pela sua sensibilidade à dimensão da amostra, para além de exigir que as variáveis apresentem uma distribuição normal. E, portanto existe outro método que é mais utilizado que é denominado por medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), indicando a adequação do tamanho da amostra para cada variável, como uma medida de homogeneidade das variáveis. O teste de KMO foi proposto por Kaiser (1970) e Kaiser e Rice (1974) citado por Marôco (2010), tendo estes agrupado os valores do KMO em 6 patamares, sendo que os valores normalizados variam entre 0 e 1:

≤ 0.50	Inaceitável
]0.5; 0.6]	Mau, mas ainda aceitável
]0.6; 0.7]	Medíocre
]0.7; 0.8]	Média
]0.8; 0.9]	Boa
]0.9; 1.0]	Excelente

Tabela 1: Interpretação dos valores de KMO. Adaptado de Marôco (2010)

De acordo com Marôco (2010), pode-se utilizar todas as variáveis em estudo e prosseguir a análise sempre que os valores sejam superiores a 0,5.

De seguida, procedeu-se à extracção de factores em análise factorial para assim se obter um número de factores mais apropriado. Essa determinação do número de factores, como referida anteriormente, foi feita recorrendo aos critérios do *scree plot* e da variância extraída por factor e total.

O que se pretendeu com o critério de *scree plot* foi a determinação do número mínimo de factores a ser utilizado através da representação gráfica dos valores próprios associados a cada factor. Este número corresponde ao ponto de inflexão da curva (cotovelo), ou seja, momento em que a curva começa a perder a verticalidade (Marôco, 2010).

A variância extraída por factor e total é outra regra que indica quantos factores do estudo se devem reter baseando-se na extracção de um número mínimo de factores com o intuito de explicar, pelo menos 50% da variância total das variâncias originais. Assim, a

percentagem de 50% da variância total deve ser considerado como um valor mínimo aceitável aquando o tratamento dos dados (Marôco, 2010).

Por fim, recorreu-se ao método *varimax* por ser um método de rotação ortogonal que minimiza o número de variáveis que cada agrupamento terá. Este método simplificou bastante a interpretação dos dados e é de longe o mais utilizado para otimizar a solução factorial obtida. A rotação de factores tem como objectivo produzir uma solução factorial inteprável, e especificamente com o método *varimax* pretendeu-se obter uma solução na qual apenas uma das variáveis originais esteja fortemente associada com um único factor.

Para além da análise factorial, considerou-se importante agregar o valor de *alpha* de *Cronbach* por avaliar a fiabilidade interna das medidas/escalas utilizadas no estudo. Porque uma medida de um construto para ser válida, tem necessariamente de ser fiável, e assim a fiabilidade torna-se como uma condição necessária (Marôco e Garcia-Marques, 2006). Desta forma, existem valores de referência pelos quais nos baseámos no tratamento dos dados. Considerando, valores aceitáveis acima de 0,60 (Ribeiro, 2007), apesar de uma boa fiabilidade interna ter de exceder um *alpha* de *Cronbach* de 0,80 (Marôco, 2010). Todavia, de forma a melhor a interpretação do resultado do estudo, Hill e Hill (2002), Marôco e Garcia-Marques (2006) e Marôco (2007) sugerem a seguinte escala utilizada por neste trabalho:

< 0.6	Inaceitáveis
[0.6; 0.7[Fraco
[0.7; 0.8[Razoável
[0.8; 0.9[Bom
0.9	Excelente

Tabela 2: Interpretação de valores de *alpha* de *Cronbach*. Adaptado de Marôco (2010)

Regressão Linear Múltipla

A regressão linear múltipla pretende explicar e prever a evolução do constructo, com base num conjunto de hipóteses pré-definidas (Pestana e Gageiro, 2005). A opção da escolha da aplicação da regressão linear múltipla em detrimento da regressão linear simples deveu-se ao tamanho da amostra e a existência de mais do que uma variável independente (Marôco, 2010).

De acordo com Marôco (2010), a regressão linear define um grupo de técnicas estatísticas de forma a modelar as relações entre as variáveis e predizer o valor de uma variável dependente (ou designada de resposta) a partir de um conjunto de variáveis independentes (ou designadas por preditores). Considerando-se ainda que a variável dependente implica geralmente uma relação de causa e efeito. Assim, as variáveis independentes são determinadas por causas externas ao constructo e são introduzidas no mesmo com o intuito de contribuírem para a explicação das variáveis dependentes, isto é, aquelas variáveis que o constructo pretende interpretar (Pestana e Gageiro, 2005).

A aplicação deste método permite que se estime o valor de uma variável com base num conjunto de outras variáveis. Quanto mais significativo for o peso de uma variável isolada, ou de um conjunto de variáveis independentes, teremos maior probabilidade de poder afirmar que alguns factores afectam mais o comportamento de uma variável dependente especificamente procurada, do que outros (Kasznar e Gonçalves, 2009).

Portanto, segundo os objectivos do nosso estudo e de forma a testar as hipóteses do mesmo fomos optando por determinadas técnicas estatísticas, uma delas a análise de regressão múltipla na qual se pretende a construção e validação de modelos de regressão linear. Tais modelos surgem pelo interesse do estudo em saber qual será o comportamento das variáveis em questão e qual a relação entre elas. Perante a construção dos modelos, tivemos em consideração que alguns pressupostos devem ser testados, sendo um deles a dependência entre as variáveis independentes; uma vez que, se essa ligação de dependência for forte pode existir o que se chama de multicolinearidade, isto é, refere-se à correlação entre três ou mais independentes havendo repercussões ao nível das estimativas dos coeficientes de regressão e na aplicação geral do modelo conceptual estimado. Portanto, o que se pretende é que se encontre variáveis independentes que apresentem baixa multicolinearidade com as outras variáveis independentes, mas também que apresentem correlações elevadas com as variáveis dependentes (Miloca e Conejo, 2011).

Assim, tornou-se necessário recorrer à multicolinearidade para que se estime e análise analiticamente os coeficientes de regressão (β) para que se possa executar com maior confiança. Para isso procedeu-se ao diagnóstico de multicolinearidade recorrendo a duas formas comumente utilizadas: ao Factor de Inflamação da Variância (anglo-saxónico *Variance Inflation Factor*, com abreviatura VIF) e à Tolerância.

O VIF é uma medida em que se estabelece o grau que cada variável independente é explicada pelas outras variáveis independentes. Quanto maior for o factor de inflamação da variância mais forte será a multicolinearidade (Miloca e Conejo, 2011). No VIF constatou-se que a variância de cada um dos coeficientes de regressão (β) associados às variáveis independentes é determinada por uma formula onde esta presente o coeficiente de determinação do constructo entre a variável dependente e as outras variáveis independentes. Assim, se a correlação múltipla entre a variável dependente e as outras variáveis independentes for nula, então a variância de β é a menor possível. De uma maneira geral, os valores de $VIF > 5$ ou mesmos a 10 indicam problemas com a estimação de β motivado pela presença de multicolinearidade nas variáveis independentes (Marôco, 2010).

A Tolerância de uma variável independente de forma a ser incluída no modelo é a proporção da variância dessa variável que não é explicada pelas restantes variáveis independentes existentes no modelo. Isto é, indica em que medida as variáveis estão linearmente correlacionadas. Os valores de tolerância variam entre 0 e 1 e quanto mais próxima estiver de 0, maior será a multicolinearidade. Desta forma, uma tolerância igual a 0 indica que a variável independente é uma combinação linear perfeita das variáveis independentes existentes. Uma tolerância igual a 1 indica que a variável independente é totalmente independente das restantes (Pestana e Gageiro, 2005).

De acordo com Marôco (2010), o coeficiente de determinação (representado por R^2) é considerado uma medida da dimensão do efeito das variáveis independentes sob a variável dependente, descrito anteriormente pelo modelo de regressão. No modelo de regressão linear, o coeficiente (R^2) é uma das estatísticas da qualidade de ajustamento com maior reconhecimento. Desta forma, o coeficiente de determinação mede a proporção da variabilidade total que é explicada pela regressão ($0 \leq R^2 \leq 1$).

Assim, o R^2 representa a quantidade de variância da variável dependente que por sua vez é explicada conjuntamente pela(s) variável(eis) independente(s). No que diz respeito à regressão múltipla, esta permite verificar o quanto cada variável preditora aumenta o poder explicativo da equação de regressão (ΔR^2). Na equação de regressão múltipla, obtêm-se um coeficiente de correlação, o parâmetro β , comumente designado por peso padronizado, que representa a magnitude do relacionamento entre cada um dos preditores. O valor de β é influenciado por todas as variáveis predictoras incluídas na

equação e está sujeito a mudanças na sua magnitude, dependendo do conjunto de preditores investigados (Tabachnick e Fidell, 1996, citado por Abbad e Torres, 2002).

No que diz respeito aos métodos principais de regressão linear existem três que diferem quanto ao método utilizado, para introduzir as variáveis na análise, que são *forward*, *backward* ou *stepwise*. Para este estudo foi utilizado o método de *stepwise* que consiste na introdução de variáveis de acordo com o critério estabelecido pelo investigador. Após a definição do critério o investigador não tem controlo sobre quais as variáveis que entram nem a ordem das mesmas.

4 – Apresentação dos Resultados

Neste capítulo, apresentam-se os resultados obtidos a partir da análise estatística dos dados através do *SPSS-20* com o procedimento da estatística descritiva das variáveis em estudo; análises factoriais seguidas do cálculo do índice de consistência interna através do *alpha de Cronbach* às dimensões distração evitada e trabalho completado, limitações do trabalho, qualidade do sono, comportamento de cidadania organizacional e desempenho das tarefas; e a aplicação da análise de regressão linear múltipla.

Assim, inicialmente faremos uma caracterização da amostra, a validação das medidas que integraram o instrumento de recolha dos dados com posterior descrição das medidas utilizadas e, por fim, apresentamos o teste de hipóteses corroborando ou refutando as hipóteses do estudo descritas no capítulo II.

Não esquecendo que o ponto fulcral deste estudo prende-se com a qualidade do sono, e de que forma este tem influência no presentismo, assim como na produtividade do trabalho do enfermeiro

4.1 Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 99 enfermeiros, sendo que os inquiridos são maioritariamente do sexo feminino (68,7%) e a sua média etária situa-se nos 30,5 anos, apesar de a sua moda ser de 27 anos.

No que diz respeito à categoria profissional 70,7% dos enfermeiros têm a categoria profissional de generalista, 15,2% de graduado e 14,1% de especialista.

Em relação ao tempo de exercício profissional a média é de 8,1 anos, contudo a maioria dos enfermeiros trabalha à cerca de 3 anos.

Os enfermeiros trabalham, em média, 40 horas semanais (37,4%), contudo cerca de 10,1%; 9,1% e 5,1% trabalham 60, 50 e 80 horas respectivamente, correspondendo assim aos 43,3% que trabalham simultaneamente em dois empregos.

4.2 Validação das medidas que integraram o instrumento de recolha

Neste sub-capítulo pretende-se expôr as dimensões integrantes do questionário com recurso à análise factorial e a fiabilidade de cada escala utilizada. A estrutura do instrumento de recolha de dados que foi aplicado é constituído por 6 grupos (Apêndice III) que se resume numa primeira parte à caracterização sócio-demográfica e profissional, posteriormente ao presentismo, de seguida a qualidade do sono dos enfermeiros e, por fim, a questões no âmbito da produtividade.

Distracção Evitada e Trabalho Completado

Após análise estatística através do SPSS e do ponto de vista das propriedades psicométricas a escala SPS-6 obteve valores de KMO de 0,69, com significância de 0,000, o que significa que pode ser aplicado à amostra em estudo. Esta escala comporta como descrito anteriormente 2 factores, sendo que a cada um deles corresponde 3 itens. No primeiro factor, o ‘trabalho completado’, estão agrupados os itens SPS1, SPS3, SPS4 com valor de *alpha* de Cronbach de 0,79. O segundo factor que corresponde à dimensão ‘distracção evitada’ estão agrupados os itens SPS2, SPS5 e SPS6 e apresentam um valor de *alpha* de Cronbach de 0,75. Sendo os valores de *alpha* de Cronbach em ambos os factores superiores ao valor de 0,70, atestando assim a boa consistência interna podendo, por isso ser aplicado nesta investigação. Por outro lado, quando agrupados ambos os factores apresentam uma variância total de 73,53%, valor que sendo superior a 50% indica a existência de uma boa validade, corroborando os resultados supramencionados.

Itens	Trabalho Completado	Distracção Evitada
SPS1	.803	
SPS2		.781
SPS3	.844	
SPS4	.839	
SPS5		.909
SPS6		.812
% variância explicada	37,919	35,622
α Cronbach	0,789	0,749

Tabela 3: Valores de correlações de componentes, correlação item-total e *alfa de Cronbach* da escala de SPS-6

Limitações no Trabalho

Na escala WLQ-8 que avalia as limitações no trabalho através do impacto das doenças crónicas, após análise obteve-se um valor de coeficiente de *alpha* de Cronbach de 0,91, bem como um valor de KMO de 0,87 e uma significância de 0,000 corroborando assim os estudos realizados acerca desta escala acerca da sua fiabilidade interna. Esta escala avalia apenas um factor ‘limitações do trabalho’ onde a variância total é de 60,9%.

Itens	Limitações no Trabalho
WLQ1	.750
WLQ2	.765
WLQ3	.695
WLQ4	.763
WLQ5	.841
WLQ6	.849
WLQ7	.866
WLQ7	.695
% variância explicada	60,931
α Cronbach	0,906

Tabela 4: Valores de correlações de componentes, correlação item-total e *alfa de Cronbach* da escala de WLQ-8

Qualidade do Sono

A escala IQSP avalia a qualidade do sono e apresenta propriedades psicométricas significativas com valores de KMO de 0,70 e uma significância <0,001, com uma variância total de 31%, sendo inferior a 50%. No entanto, a sua fiabilidade interna é baixa, apresentando um coeficiente de *alpha* de Cronbach de 0,65. Assim sendo, conclui-se que a escala encontra-se adaptada à língua portuguesa, contudo o mesmo não se verifica para a população portuguesa.

Comportamento de Cidadania Organizacional

A escala que avalia o CCO nomeadamente a dimensão virtude cívica apresenta propriedades psicométricas significativas com valores de KMO de 0,83 e uma significância <0,001, com uma variância total de 69,4%. Ostenta também valores de coeficiente de *alpha* de Cronbach de 0,91 o que atesta a fiabilidades do constructo.

Desempenho de Tarefa

Relativamente à escala que avalia o desempenho de tarefa, apresentou após análise das propriedades psicométricas um valor de KMO de 0,86 e um coeficiente de *alpha* de Cronbach superiores a 0,91, corroborando assim uma boa fiabilidade interna quando aplicada a esta população em estudo. Contudo, com o intuito de melhorar os índices gerais do instrumento procedeu-se à remoção de 2 itens (D5 e D6) da escala, por se ter constatado uma medida pouco fiável com *alpha* de Cronbach negativo. Com esta modificação, observou-se um aumento dos valores de coeficiente de *alfa* de Cronbach para 0,92.

4.3 Descrição das medidas utilizadas

A tabela 3 que se encontra no fim deste sub-capítulo, apresenta os valores de correlação de Pearson, de Spearman, e de V de Cramer das variáveis estudadas, o que levou a concluir que:

Os enfermeiros com um maior tempo de exercício profissional apresentam uma idade superior ($r=0,855$, $p<0,01$), um maior grau académico ($r=0,732$, $p<0,01$), tornando-os no grupo que melhor cumpre todas as tarefas atribuídas durante o seu turno ($r=0,432$, $p<0,01$).

Em relação às causas de presentismo mais frequentes, os enfermeiros que apresentam stress desempenham um papel menos activo e responsável no que diz respeito à vida da organização quer do serviço quer do hospital ($r= -0,332$, $p<0,01$). No que diz respeito às lombalgias resultantes da realização do seu trabalho, estas encontram-se associadas positivamente com o stress ($r= 0,227$, $p<0,05$). Tanto o stress com as lombalgias estão associadas de forma negativa à qualidade do sono dos enfermeiros ($r= -0,250$, $p<0,05$ e $r=-0,501$, $p<0,01$, respectivamente). Contudo, as lombalgias estão associadas de forma positiva com a percepção do estado de saúde ($r= 0,419$, $p<0,01$).

Os enfermeiros que apresentam uma boa percepção do seu estado de saúde, são os que apresentam maiores níveis de concentração ($r= 0,311$, $p<0,01$) e os que mais cumprem as tarefas que lhe são destinadas ($r= 0,295$, $p<0,01$), para além de que têm um papel bastante activo participando de forma responsável e empenhada na promoção do serviço, bem como do hospital ($r= 0,299$, $p<0,01$).

Relativamente à distração evitada, os enfermeiros que apresentam elevados níveis de concentração são os que aferem uma percepção de um estado de saúde superior ($r=0,311$, $p<0,01$), bem como os que mais cumprem todas as tarefas destinadas no decorrer do turno ($r=0,499$, $p<0,01$), apesar de terem maior dificuldade de gerir algumas tarefas e situações ($r=0,543$, $p<0,01$).

Em relação ao trabalho completado este encontra-se associado de forma negativa com o estado de saúde, distração evitada, limitações do trabalho, virtude cívica e desempenho de tarefa ($r=-0,313$, $p<0,05$; $r=-0,549$, $p<0,01$; $r=-0,386$, $p<0,01$; $r=-0,289$, $p<0,05$ e $r=-0,380$, $p<0,01$, respectivamente).

No que diz respeito ao desempenho das tarefas atribuídas no decorrer do turno, os que mais cumprem são os enfermeiros com idade superior ($r=0,432$, $p<0,01$), com um tempo de exercício profissional superior ($r=0,306$, $p<0,01$), com um elevado grau académico ($r=0,308$, $p<0,01$) e com uma boa percepção do estado de saúde ($r=0,295$, $p<0,01$), bem como todos aqueles que se envolvem na organização do serviço e hospital promovendo-os ($r=0,322$, $p<0,01$). Em contrapartida o desempenho de tarefa encontra-se associado de forma positiva com as limitações do trabalho ($r=0,400$, $p<0,01$).

Em relação à participação de acções organizacionais que promovam o serviço, bem como o hospital, os enfermeiros com maiores índices de participação são os que desempenham as tarefas que lhe estão atribuídas ($r=0,322$, $p<0,01$), os que apresentam um elevado grau académico ($r=0,249$, $p<0,05$), bem como os que consideram ter um bom estado de saúde ($r=0,299$, $p<0,01$), ou seja, os que não apresentam stress ($r=-0,332$, $p<0,01$). Contudo, os enfermeiros com menor qualidade do sono não aderem às actividades promotoras da imagem do serviço e hospital ($r=-0,294$, $p<0,01$).

Relativamente à qualidade do sono, esta encontra-se diminuída na presença de stress e lombalgias ($r=-0,250$, $p<0,05$ e $r=-0,501$, $p<0,05$, respectivamente), sendo que ambos os sintomas influenciam-se mutuamente, ou seja, as lombalgias condicionam o stress e vice-versa ($r=0,227$, $p<0,05$). Ainda a respeito da qualidade do sono, esta tem uma influencia positiva no trabalho completado ($r=0,250$, $p<0,005$) e negativa numa dimensão do presentismo, limitações do trabalho ($r=-0,294$, $p<0,01$), bem como na percepção do estado de saúde ($r=-0,458$, $p<0,001$), virtude cívica ($r=-0,322$, $p<0,001$) e desempenho de tarefas ($r=-0,238$, $p<0,05$).

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Género														
2. Idade	0,209*													
3. Tempo exercício profissional	0,184	0,855**												
4. Categoria profissional	0,114	0,688**	0,732**											
5. Horas semanais	-0,038	-0,065	-0,053	-0,044										
6. Trabalho por turnos	-0,0068	0,099	0,110	0,188	-0,084									
7. Estado de Saúde	-0,091	-0,081	-0,70	0,083	0,009	0,093								
8. Stress	0,048	0,185	0,132	0,049	0,071	0,092	-0,026							
9. Lombalgias	0,067	-0,019	-0,076	-0,061	0,107	0,115	0,419**	0,227*						
10. Trabalho completado	-0,074	-0,026	0,071	0,029	0,078	-	-0,313**	0,151	-0,158					
11. Distracção evitada	0,010	0,016	-0,157	-0,030	0,070	-	0,311**	-0,005	0,002	-0,549**				
12. Limitações do trabalho	-0,024	0,010	-0,095	-0,068	-0,036	-	0,139	-0,104	0,092	-0,386**	0,543**			
13. Virtude Cívica	0,074	0,063	0,124	0,249*	-0,150	0,067	0,299**	-0,332**	0,086	-0,289*	0,163	0,231		
14. Desempenho de tarefa	0,012	0,432**	0,306**	0,308**	0,006	-0,087	0,295**	-0,024	0,038	-0,380**	0,499**	0,400**	0,322**	
15. Qualidade do sono	0,019	0,025	0,048	0,033	-0,113	-0,038	-0,458**	-0,250*	-0,501**	0,250*	-0,026	-0,294**	-0,322**	-0,238*

Legenda: [*] Valores significativos para $p < 0,05$, [**] Valores significativos para $p < 0,01$ e [***] Valores significativos para $p < 0,001$

■ resultados obtidos através da correlação de V Cramer; ■ resultados obtidos através da correlação de Spearman; os restantes foram obtidos através da correlação de Pearson

[-] Não foram obtidos quaisquer resultados.

Tabela 5: Valores de correlação de Pearson, de Spearman e de V de Cramer das variáveis em estudo

4.4 Teste de Hipóteses

Com os critérios descritos anteriormente, seguimos para o teste de hipóteses. Recorreu-se então ao modelo de regressão linear múltipla para analisar a relação entre a variável dependente e as variáveis independentes, e a variância com as variáveis de controlo. Todos os resultados dos testes foram considerados significativos a nível estatísticos quando o valor de $p < 0.05$, $p < 0.01$ e $p < 0.001$.

Com o intuito de se avaliar o grau de multicolinearidade utilizámos, em simultâneo, os valores de tolerância e a estatística VIF. Sabendo que a tolerância de uma variável independente significa a proporção de variância não explicada pelas outras variáveis independentes na análise e, ainda que um conjunto de valores pequenos indica um grau de multicolinearidade entre as variáveis, constatamos que os valores de tolerância das variáveis independentes são, de uma maneira geral, muito elevados, aproximando-se de 1. Na estatística VIF, nenhuma variável independente tem um valor de VIF aproximado de 10,00 concluindo-se que, o grau de multicolinearidade não se torna relevante para a análise (Marôco, 2010).

4.4.1 Causas de Presentismo e o Presentismo

Preditores	Trabalho Completado		Distracção Evitada		Limitação do Trabalho	
	1º Passo (β)	2º Passo (β)	1º Passo (β)	2º Passo (β)	1º Passo (β)	2º Passo (β)
1. Género	-0,039	-0,052	0,000	0,005	-,071	- 0,476
2. Idade	- 0,419	-0,505	0,773**	0,732	0,410	1,332
3. Categoria Profissional	0,110	0,105	0,127	0,137	- 0,123	- 0,583
4. Tempo de exercício	0,32	- 0,392	-0,858**	- 0,854	- 0,370	-1,012
5. Outro emprego	- 0,122	- 0,052	0,112	0,125	0,140	0,747
6. Estado de saúde	- 0,018	0,096	0,106	0,155	- 0,029	- 0,125
7. Horas semanais	- 0,001	0,110	0,177	0,181	0,048	0,222
8. Stress		0,082		0,080		- 0,185
9. Lombalgias		- 0,21		- 0,051		- 0,194
10. Qualidade do sono		0,238		0,043		0,089
F	0,665	0,774	2,194*	1,555	0,706	0,476
Adj. R-Sq	- 0,039	0,043	0,119	0,082	- 0,034	- 0,092
R-Sq change	0,078	0,047	0,218*	0,012	0,082	0,001

Legenda: [*] Valores significativos para $p < 0,05$, [**] Valores significativos para $p < 0,01$ e [***] Valores significativos para $p < 0,001$

Tabela 6: Análise de regressão hierárquica entre as causas de presentismo e o presentismo

Sara Mendes e Tiago Rodrigues – Junho de 2012 – Universidade Atlântica

De forma a testar a Hipótese 1, supondo que as causas de presentismo (stress, lesões músculo-esqueléticas e a qualidade do sono) estão relacionadas significativamente com o presentismo, procedeu-se a análises de regressão hierárquica, de forma a testar os efeitos principais e de interacção entre as variáveis.

Depois de introduzidas as variáveis-controlo, constatámos que as causas de presentismo não influenciam o presentismo ($p < 0,051$). Desta forma, a hipótese H_1 não foi confirmada. No entanto, testou-se que a idade tem um efeito positivo na distração evitada ($\beta = 0,773$, $p < 0,004$) e o exercício profissional tem um efeito negativo ($\beta = -0,858$, $p < 0,008$). Portanto, a variância explicada da distração evitada (figura 1) é de 21%, sendo que a idade e o exercício profissional são as variáveis que mais contribuem para este resultado ($\Delta R^2 = 0,222$).

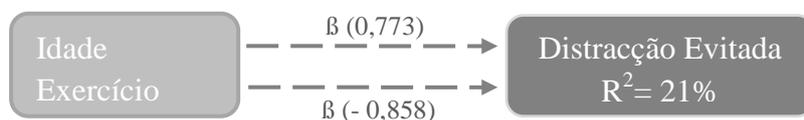


Figura 5: Testar hipótese 1

Em suma, a idade e o exercício profissional são bons indicadores preditivos para a capacidade de concentração que as pessoas manifestam quando existe a presença sintomas de presentismo. Quanto maior a idade maior a distração evitada. Quanto menor a experiência profissional menor a distração evitada.

4.4.2 Presentismo e o Desempenho

Para a H_2 que pressupõe que o presentismo influencia significativamente o desempenho, tivemos de desdobrar as duas variantes do desempenho são elas, o desempenho das tarefas e CCO (virtude cívica).

Preditores	CCO (Virtude Cívica)		Desempenho das tarefas	
	1º Passo (β)	2º Passo (β)	1º Passo (β)	2º Passo (β)
1. Género	0,068	0,113	-0,109	-0,077
2. Idade	-0,192	-0,062	0,736	0,440*
3. Categoria Profissional	0,270	0,304	-0,011	-0,015
4. Tempo de exercício	0,129	0,049	-0,232	0,058
5. Outro emprego	-0,053	-0,177	0,143	0,047
6. Estado de saúde	0,497	0,239*	0,263	0,175

7. Horas semanais	-0,109	-0,161	0,130	0,043
8. Stress		-,325**		-0,059
9. Lombalgias		-,066		-0,119
10. Qualidade do sono		-,511***		-0,185
11. Trabalho completado		-0,041		-0,057
12. Distracção Evitada		-0,059		0,310*
13. Limitações do trabalho		0,197		0,138
F	3,186**	3,292***	5,171***	6,112***
Adj. R-Sq	0,198	0,494	0,320	0,497
R-Sq change	0,289**	0,311**	0,397***	0,198**

Legenda: [*] Valores significativos para $p < 0,05$, [**] Valores significativos para $p < 0,01$ e [***] Valores significativos para $p < 0,001$

Tabela 7: Análise de regressão hierárquica entre o presentismo e o desempenho

4.4.3. Presentismo e o Desempenho das tarefas

Pela observação da tabela 2, após a introdução das variáveis de controlo, conseguimos constatar que a idade ($\beta = 0,44$, $p < 0,050$) e a distracção evitada ($\beta = 0,31$, $p < 0,036$), sendo uma dimensão do presentismo, influenciam positivamente o desempenho das tarefas (Figura 2). Portanto, a variância explicada do desempenho das tarefas é de 18%, sendo que a idade e a distracção evitada são as variáveis que mais contribuem para este resultado ($\Delta R^2 = 0,18$). As restantes medidas de presentismo (trabalho completado e limitações do trabalho) não influenciam o desempenho das tarefas, pelo que a hipótese H_{2a} é suportada parcialmente pelos dados.

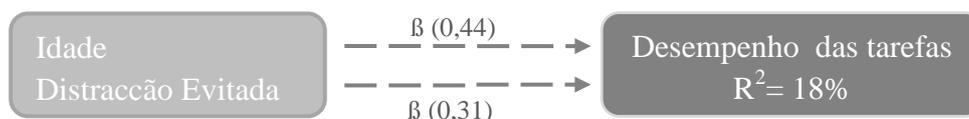


Figura 6: Testar a hipótese 2.a.

Em suma, pela observação dos resultados conseguimos confirmar a presença de presentismo (com a dimensão distracção evitada), no entanto não conseguimos confirmar a influência do trabalho completado e das limitações do trabalho no desempenho das tarefas dos enfermeiros.

4.4.4. Presentismo e o CCO (virtude cívica)

Pelos resultados apresentados na tabela 3 podemos observar que o stress ($\beta = -0,325$, $p < 0,003$), e a qualidade de sono ($\beta = -0,511$, $p < 0,000$), influenciam negativamente o comportamento cívico, contrariamente o estado de saúde influencia positivamente o comportamento cívico ($\beta = 0,239$, $p < 0,040$). Deste modo, a variância explicada da virtude cívica é de 31%, sendo que o stress, o estado de saúde e a qualidade do sono são as variáveis que mais contribuem para este resultado ($\Delta r^2 = 0,31$).

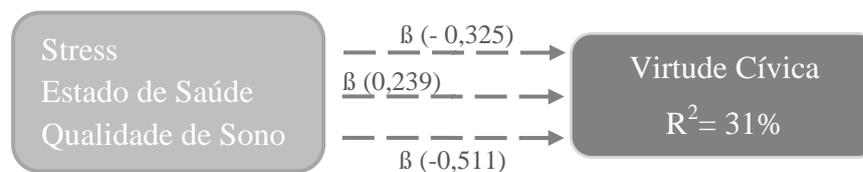


Figura 7: Testar hipótese 2.b.

Contudo, nenhuma dimensão do presentismo influencia a virtude cívica, pelo que a hipótese H_{2b} não é suportada pelos dados.

Em suma, pela observação dos resultados conseguimos confirmar a influência do stress, estado de saúde e qualidade do sono, mas não conseguimos confirmar o presentismo como influência nos comportamentos que indicam que o enfermeiro apresenta um papel activo nas actividades que promovem o hospital.

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo prende-se essencialmente à discussão dos resultados obtidos com base no questionário, principalmente aqueles que são pertinentes para as hipóteses formuladas. Por outro lado, procura-se estabelecer uma relação entre os mesmos e a literatura.

O estudo realizado incidiu essencialmente em 3 dimensões, consideradas como principais causas de presentismo, o presentismo e o desempenho, em concordância, com alguns estudos já realizados. A literatura sobre estas dimensões evidencia que o presentismo é um termo cada vez mais dominante nas bases científicas, uma vez que, é um dos principais motivos das flutuações de produtividade individual no trabalho, nomeadamente as alterações ao nível fisiológico (como, as lesões músculo-esqueléticos e a qualidade do sono) ou psicossomático (como, o stress). Portanto, os enfermeiros apresentam-se no local de trabalho mas não cumprem a totalidade das suas funções, existindo repercussões ao nível do desempenho, o que pode levar a uma diminuição da produtividade da organização, especificamente do hospital. Esta diminuição está directamente relacionada com perturbações ao nível físico e/ou psicológico (Hemp, 2004, Shuster, 2003, Pilete, 2005).

As correlações encontradas entre as 3 dimensões descritas em cima sugerem que o tempo de exercício profissional bem como o grau académico do enfermeiro influencia positivamente o desempenho de tarefa, pelo que se pressupõe que a experiência bem como o nível de conhecimentos sejam factores importantes no cumprimento das tarefas atribuídas no decorrer do turno. Por outro lado sugerem também que os enfermeiros que manifestam stress no decorrer do seu turno apresentam um papel menos activo e responsável nas acções promotoras do hospital, indo assim ao encontro dos resultados obtidos pelo estudo realizado por Martinez *et al.* (2007), que comprovam que o presentismo está associado a níveis mais baixos de virtude cívica dos seus trabalhadores. Relativamente a outra causa de presentismo, a lombalgia está associada negativamente à qualidade do sono, não é evidente na literatura se de facto as lombalgias influenciam a qualidade do sono, ou vice-versa; ou seja, não foram encontrados estudos que indiquem se as lombalgias são a causa ou o efeito da má qualidade do sono. Ainda no seguimento da qualidade do sono esta, está associada à presença de stress, supõe que este é desencadeador de uma actividade do eixo hipotálamo-pituitária adrenal (Palma *et al.*, 2007) ocasionado um mau estar o que leva à diminuição da qualidade do sono. Assim

sendo constatámos que a qualidade do sono, está associada negativamente ao stress e às lombalgias que por sua vez interferem com o desempenho de tarefa bem como os comportamentos de virtude cívica. Tal era esperado uma vez que a privação de sono compromete o desempenho das tarefas cognitivas (Ferro, 2005; Martino e Bastos, 2009), o que de forma directa ou indirecta tem implicações no desempenho de tarefas e por consequência nos comportamentos promotores do hospital.

O primeiro objectivo deste estudo prendia-se com a realização da análise do impacto que o stress, as lesões músculo-esqueléticas e a qualidade do sono têm no presentismo. Para responder a esta questão levantámos uma hipótese (H_1) em que estes 3 factores têm uma influência significativa no presentismo. Após a realização do estudo constatámos que estas 3 causas de presentismo não têm influência no presentismo pelo que desta forma, a hipótese (H_1) foi refutada. Contudo, constatou-se que a idade tem um efeito positivo na distração evitada enquanto o exercício profissional um efeito negativo. Sendo a idade e o tempo de exercício profissional duas causas de presentismo não referenciadas pela literatura presupõe-se então que os enfermeiros com maior idade apresentam uma menor distração, ao contrário dos enfermeiros com menor tempo de exercício profissional que apresentam uma maior distração traduzindo-se em consequentes erros. Assim sendo subentende que distração esteja relacionada com os níveis de destreza teórica quer prática. Tal suposição pode ser corroborada por Benner (2001) que explica que os iniciados não têm experiência das situações com que possam ser confrontados, apresentando elevados níveis de dificuldade em integrar o que aprenderam nos livros numa situação real, razão pela qual se focam bastante nas regras embora essas possam não ser as mais correctas. Em oposição Benner (2001) afirma que ao contrário dos iniciados, os proficientes já têm uma percepção da situação na sua globalidade e que os peritos, ou seja, os enfermeiros com maior experiência apresentam uma boa ideia das suas capacidades, compreendendo as situações de uma forma intuitiva e profunda.

Um outro objectivo levantado por este estudo diz respeito ao impacto que o presentismo apresenta na produtividade. Com o intuito de responder a esta questão levantámos uma hipótese (H_2) em que o presentismo influencia significativamente o desempenho. Esta hipótese teve de ser desdobrada em duas devido às medidas que avaliam o desempenho, nomeadamente o desempenho de tarefas e CCO (virtude cívica).

Após a observação dos resultados constatou-se que a idade bem como a distração evitada apresentam um efeito positivo no desempenho de tarefas, ou seja, os enfermeiros com maior idade, bem como os que apresentam maiores níveis de concentração/distração evitada são o grupo de enfermeiros mais cumpridor no que diz respeito à realização das tarefas atribuídas. Assim sendo esta hipótese é confirmada uma vez que o presentismo (distração evitada) se encontra presente.

Estas constatações são suportada por Hemp (2004), que afirma que o presentismo limita a produtividade (desempenho das tarefas) em termos de quantidade e qualidade do trabalho produzido. As repercussões no âmbito da qualidade reflectem-se essencialmente em erros e omissões nos procedimentos de trabalho enquanto que, no que diz respeito à quantidade, a produção não corresponde àquilo que é expectável em termos de objectivos de trabalho, estando ambos interligados com as dificuldades de concentração, ou seja baixos níveis de distração evitada (Martinez, *et al.*, 2007). Esta diminuição condicionam o desempenho das tarefas (Burton *et al.*, 2005). No que diz respeito à idade, Benner (2001), confirma que os peritos, ou seja, os enfermeiro com uma maior experiência profissional e idade, já têm uma percepção da situação na sua globalidade das suas capacidades, compreendendo as situações de uma forma intuitiva e profunda.

Em relação à hipótese (H_{2b}), o presentismo influencia significativamente o CCO (virtude cívica), constatou-se que o stress e a qualidade do sono têm um efeito negativo nos comportamentos de virtude cívica, ao contrário do estado de saúde que apresenta um efeito positivo, ou seja, enfermeiros com elevados níveis de stress e uma menor qualidade do sono tendem a não adoptar actividades promotoras da imagem da instituição. Já os enfermeiros que têm uma boa percepção do seu estado de saúde são os que demonstram mais interesse, disponibilidade e iniciativa relativamente às acções de promoção. Assim sendo esta hipótese é refutada, uma vez que não se verifica a influência do presentismo.

No que diz respeito à qualidade do sono enquanto variável de controlo, esta apresentou apenas influência nos CCO (virtude cívica).

Segundo Ozminkowski *et al.* (2004) verifica-se a existência de uma relação directa entre a saúde e a produtividade. A profissão de enfermagem é apontada como sendo

uma das mais stressantes (WHO, 2001). O stress é considerado um dos grandes factores desencadeantes da insónia, podendo levar o indivíduo a um estado de *burnout* (Carlotto e Gobbi, 1999, citado por Rosa e Carlotto, 2003). A insónia resultante do stress acaba por condicionar uma duração insuficiente ou uma menor qualidade do sono comprometendo assim a capacidade física, cognitiva, e a motivação do profissional, podendo decorrer riscos à segurança e ao meio ambiente e redução de produtividade (Rodrigues, 1998, citado por Silva *et al.*, 2010), contribuindo assim para a não adopção de acções que promovam o hospital na medida em que não há motivação nem capacidade física por parte do enfermeiro.

De acordo com Sousa (2005) e Ramos (2003), o presentismo poderá afectar a percepção que cada enfermeiro tem acerca do seu estado de saúde, ou seja, o seu bem-estar. Pela não existência de literatura que sustente a influência da percepção do estado de saúde nos CCO, pressupõe-se que a ausência ou baixos níveis de stress estejam associados com a percepção do seu estado de saúde e que esta influencia de forma positiva a participação dos enfermeiros nas acções promotoras da organização.

6 – CONCLUSÕES DO ESTUDO

O termo presentismo é utilizado para clarificar a experiência que Hemp (2004, p.1) define como: “estar no trabalho e ao mesmo tempo fora dele”. O presentismo não tem sido um tema dominante no âmbito da investigação a nível nacional apesar de inúmeros estudos reportarem de forma irrefutável que o presentismo é a maior causa de diminuição da produtividade. As suas etiologias são múltiplas mas no entanto ao nível da classe profissional de enfermagem, as que apresentaram uma maior prevalência foram as lombalgias bem como o stress. Tendo em conta que a maioria dos enfermeiros trabalha por turnos e que por sua vez estes têm influência no ritmo circadiano que por sua vez conduzem a alterações nos padrões de sono bem como nas funções fisiológicas. Estas alterações traduzem-se em baixos níveis de concentração, foco, tempo de reacção, coordenação, força mental e resistência à dor, que acabam por interferir de forma directa ou indirecta nas causas mais comuns de presentismo. Tais associações levaram-nos a questionar até que ponto a qualidade do sono influencia o presentismo e este no desempenho de tarefas e na virtude cívica dos enfermeiros em exercer funções em meio hospitalar.

Do ponto de vista metodológico esta investigação prima pelo rigor adoptado durante todo o processo de planeamento e análise dos dados.

Para esta investigação adoptou-se como percurso metodológico, um estudo transversal, descritivo correlacional com uma amostra de 99 enfermeiros de 3 diferentes hospitais do distrito de Lisboa, a qual foi seleccionada através do processo não probabilístico acidental. Os resultados obtidos através da aplicação do questionário foram submetidos a análise estatística com recurso ao *Statistics Package for the Social Sciences 20*. Os resultados revelaram uma associação positiva entre a idade e o tempo de exercício profissional com o desempenho das tarefas, e uma associação da qualidade do sono com nível dos comportamentos de cidadania organizacional. Em conclusão este estudo permitiu verificar a existência de duas variáveis explicativas do presentismo (distração evitada), a idade e tempo exercício profissional. Por outro, lado a distração evitada e a idade influenciam positivamente o desempenho das tarefas e por último, a qualidade do sono e o stress influenciam negativamente os comportamentos de cidadania organizacional, contrariamente, o estado de saúde influencia de forma positiva os comportamentos de cidadania organizacional.

Esta investigação torna-se assim importante para a profissão de enfermagem, na medida em que possibilitou a identificação de mais duas variáveis do presentismo, contribuindo para a sua diminuição no contexto laboral de uma das profissões com elevados índices (WHO, 2001; Sousa, 2005 e Umann e Guido, 2010).

Em suma, propor aos enfermeiros um trabalho compatível com a qualidade de vida, bem-estar e satisfação pessoal é um grande desafio. O desenvolvimento, a promoção e implementação de políticas de saúde nos locais de trabalho é uma das principais responsabilidades das organizações, para o desenvolvimento da saúde do profissional (Poll, Lunardi e Filho, 2008, Whitehead, 2006).

7 – Implicações e Sugestões

Transcorrido um longo percurso, é chegado o momento de procurar responder às questões que orientaram esta pesquisa. A indagação orientadora desta pesquisa, centrou-se no stress, nas lesões músculo-esqueléticas e na qualidade do sono como causa de presentismo e o efeito que este tem no desempenho de tarefa e nos comportamentos de cidadania organizacional dos enfermeiros.

Apresentam-se, de seguida, as principais implicações para a teoria bem como para a prática ao nível das causas de presentismo e os seus efeitos. São ainda apresentadas as principais limitações da investigação, bem como algumas sugestões para pesquisas futuras.

7.1. Implicações Teóricas

Esta investigação dá novos contributos para as bases científicas ao nível do presentismo e dos seus efeitos nas organizações, na medida em que se identificou uma associação positiva entre a idade e o tempo de exercício profissional com a distração evitada. Assim sendo quanto maior a idade e o tempo de exercício profissional menor é o efeito do presentismo (dimensão distração evitada). O presentismo na dimensão distração evitada influencia o desempenho das tarefas, mas não os comportamentos de cidadania. No entanto os comportamentos de cidadania organizacional são influenciados pelo stress, qualidade do sono e idade.

7.2. Implicações Práticas

Os resultados deste estudo apresentam implicações práticas importantes. Estes sugerem que para assegurar o desempenho das tarefas é essencial a promoção de estratégias que potenciem os níveis de concentração (dimensão distração evitada). Por outro lado, a presença de elementos com maior idade e tempo de exercício profissional na equipa de enfermagem são factores potenciadores do desempenho das tarefas atribuídas. Apesar de não se ter verificado mais relações com o desempenho constatou-se a existência de associações negativas com o trabalho completado e positivas com a categoria profissional, o estado de saúde, a virtude cívica e as limitações do trabalho, que poderá contribuir para o aumento do mesmo.

Relativamente aos comportamentos de cidadania organizacional, estes são melhorados sempre que estejam assegurados bons níveis do estado de saúde, bem como da qualidade do sono. Por outro lado deve-se também assegurar uma diminuição dos estímulos de stress.

7.3. Recomendações para investigação futura

Recomenda-se que a próxima investigação seja longitudinal e constituída por uma população amostral maior, pois seria importante verificar relações causais entre as variáveis.

A segunda recomendação prende-se com a replicação do estudo onde as medidas stress e lesões músculo-esqueléticas sejam multi-itens para permitir assim a realização de efeitos de modelação e moderação de modo a verificar a sua influência nos efeitos de presentismo uma vez que este estudo comprovou a existência de uma correlação significativa entre a qualidade do sono e o presentismo ($r=0,250$, $p<0,05$; $r=-0,294$, $p<0,001$; $r=-0,239$, $p<0,05$, trabalho completado, virtude cívica e desempenho de tarefa, respectivamente). Assim sendo recomenda-se o teste das seguintes hipóteses, nomeadamente: O stress e as lesões músculo-esqueléticas levam a que, o enfermeiro não consiga ter uma boa qualidade de sono que, por sua vez, influencia o presentismo; e a qualidade do sono influencia positivamente a relação que é estabelecida entre as causas e a presença do presentismo.

É recomendado a utilização da escala (NULI-20) Neck and Upper Limb Index para a medição das LMERT por ser um escala traduzida e verificada relativamente à equivalência conceptual e semântica, apresentando valores elevados de coerência interna e reprodutibilidade (Matias, 2010). Por último, no que diz respeito à escala da qualidade do sono, recomenda-se a utilização de uma outra escala que seja de aplicação mais simples e com maior fiabilidade; e se possível adaptada/validada para a população Portuguesa.

8 – Méritos e Limitações do Estudo

Podemos salientar como mérito desta investigação o facto de ter sido realizada em contexto prático e que tem repercussões na implementação de mudanças nos hospitais e no envolvimento dos enfermeiros na promoção da instituição empregadora.

Do ponto de vista metodológico, o presente estudo apresentou inúmeros aspectos positivos que são de realçar nomeadamente o facto dos resultados obtidos serem conclusivos; terem sido adaptadas medidas internacionais ao contexto português, nomeadamente, as medidas de Desempenho (Williams e Anderson, 1991, citado por Chambel e Sousa, 2007) e de Comportamentos de Virtude Cívica (Van Dyne, Graham e Dienesch, 1994, citado por Chambel e Sousa, 2007); terem sido realizadas as validações das medidas, com recurso a análise factorial exploratória apresentando uma boa validade e fiabilidade.

Os resultados obtidos no presente estudo aconselham algumas reservas nas ilações retiradas. Algumas das principais limitações do estudo prendem-se com questões de ordem metodológica.

Em primeiro lugar, estes resultados referem-se ao contexto hospitalar, não podendo por isso ser generalizados sem serem replicados noutros sectores de actividade. Em segundo lugar, este estudo foi realizado num só momento (transversal), não permitindo, por isso, verificar relações causais entre as variáveis. Por exemplo, embora do ponto de vista teórico se tenha pressuposto que a qualidade do sono é uma das muitas causas de presentismo e que este influencia o desempenho e o CCO, é igualmente plausível supor que são enfermeiros com uma boa qualidade de sono os que realizam mais tarefas e exibem mais CCO promovendo o hospital, nesta situação. Em terceiro lugar, os enfermeiros inquiridos deveriam ter respondido a todos os itens, mesmo não tendo efeito nas causas de presentismo, uma vez que pode provocar o enviesamento. Em quarto lugar, a população amostral em questão deveria ter sido maior, no entanto, tendo em consideração os recursos temporais tal não foi possível. A quinta limitação possível desta investigação diz respeito ao facto da qualidade do sono ser uma medida complexa com vários componentes, apresentando uma fiabilidade baixa. Por último, as medidas stress e lesões músculo-esqueléticas são apenas um item, o que impede desde logo a realização dos efeitos de modelação e moderação.

Referências Bibliográficas

-  Abbad, G. e Torres, C.V. (2002). “Regressão múltipla stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções”, *Estudos de Psicologia* 2002, **7**, pp. 19-29.
-  Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2000). *Lesões por esforços repetitivos nos Estados-Membros da EU*. Bélgica: Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
-  Alexopoulos, E. C., Burdorf, A. e Kalokerinou, A. (2003). “Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals”, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, **76**, 4, pp. 289-294.
-  Aronsson, G., Gustafsson, K. e Dallner, M. (2005). “Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism”, *Journal of Epidemiology Community Health*, **54**, pp. 502-509.
-  Azevedo, M. (2009). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares* (7ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
-  Bartlett II, J.E.; Kotrlik; J.W. e Higgins, C.C. (2001). “Organizational research: Determining appropriate sample size in survey research.”, *Information Technology, Learning and Performance Journal*, **19**,1, pp. 43-50.
-  Barroso, M., Carneiro, P. e Braga, A. C. (2007). “Characterization of Ergonomic Issues and Musculoskeletal complaints in a Portuguese District Hospital”. *Proceedings do International Symposium: Risks for Health Care Workers: prevention challenges*, ISSA: Atenas.
-  Baumann, A. (2007). *Entornos de Prática Favorables: Lugares de Trabajo de Calidad: atención de calidad al paciente*. Disponível on-line

em <http://www.enfermeriaavila.com/PDF/DIE2007.pdf>. Último acesso em 27-03-2011.

-  Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
-  Brown, S. e Sessions, J. G. (2004). “Absenteeism, ‘presenteeism’, and shirking”, *Economic Issues*, **9**, 1, pp. 15-21.
-  Burton, W. N., McCalister, T. K., Chen, C. e Edington D. W. (2005). “The Association of Health Status, Worksite Fitness Center Participation, and Two Measures of Productivity”, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, **47**, 4, pp.343-351.
-  Burton, W. N., Morrison, A. e Wertheimer, A. I. (2003). “Pharmaceuticals and Worker Productivity Loss: A critical review of the literature”, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, **45**, pp. 610-621.
-  Cameron, K., Dutton, J. e Quinn, R. (2003). Foundations of positive organizational scholarship. *In* Cameron, K., Dutton, J. e Quinn, R. (Eds.). *Positive Organizational Scholarship: Foundations of a new discipline*. San-Francisco: Berrett-Koehler.
-  Campos, M. L. P. e Martinho, M. M. F. (2004). “Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho”, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, **38**, 4, pp. 415-21.
-  Chambel, M. J. e Sousa, L. M. M. (2007). *Aceitação da mudança e desempenho dos enfermeiros: A importância do cumprimento das obrigações por parte do hospital*. Disponível on-line em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psi/v21n1/v21n1a09.pdf>. Último acesso em 27-03-2011.

-  Chatterji, M. e Tilley, C. J. (2002). "Sickness, absenteeism, presenteeism, and sick pay", *Oxford Economic Papers*, **54**, pp. 669-687.
-  Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. e Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3ª ed.). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
-  Dias, E. C., Rigotto, R. M., Augusto, L. G. S., Cancio, J. e Hoefel, M. G. L. (2009). "Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios", *Scielo Public Health*, **14**, 6, pp. 2061 - 2070.
-  Estryng-Behar, M. (2004). *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier se soignant*. Disponível on-line em <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/estrynbehar.pdf>. Último acesso em 01-04-2011
-  Fernandes, R. M. F. (2006). "O sono normal", *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*, **39**, 2, pp. 157-168
-  Ferreira, L. R. C. e Martino, M. M. F. (2006). *O estresse do Enfermeiro: Análise das publicações sobre o tema*. Disponível on-line em <http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/931.pdf>. Último acesso em 27-03-2011.
-  Ferro, C. V. (2005). "Correlação dos distúrbios do sono e parâmetros subjetivos em indivíduos com fibromialgia". Disponível on-line em <http://www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2005/pdf/claudia.pdf>. Último acesso em 26-03-2011
-  Fineman, S. (2006). "On being positive: concerns and counterpoints". *Academy of Management Review*, **31**, 2, pp.270-291.
-  Fischer, F. M., Moreno, C. R. C. e Rotenberg, L. (2003). "A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas", *Scielo Public Health*, **17**, 1, pp. 34 – 46.

-  Fischer, F. M., Teixeira, L. R., Borges, F. N., Gonçalves, M. B. L. e Ferreira, R. M. (2002). *Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem*. Disponível *on-line* em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n5/10998.pdf>. Último acesso em 26-03-2011.
-  Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
-  Frederickson, B. L. (2003). "The value of positive emotions: the emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good", *American Scientist*, **91**, pp. 330-335.
-  Geib, L. T. C., Neto, A. C., Wainberg, R. e Nunes, M. L. (2003). *Sono e Envelhecimento*. Disponível *on-line* em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25n3/19618.pdf>. Último acesso em 27-03-2011.
-  Grinyer, A. e Singleton, V. (2000). "Sickness absence as risk-taking behaviour: a study of organizational and cultural in the public sectors". *Health, Risk & Society*, **2**, 1, pp. 7-21
-  Gurgueira, G. P., Alexandre, N. M. C. e Filho, H. R. C. (2003). "Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem", *Revista Latino-Americana Enfermagem*, **11**, 5, pp. 608-613.
-  Hemp, P. (2004). "Presenteeism: At work – but out of it", *Havard Business Review*, pp.49-58.
-  Hill, M. M. e Hill A. B. (2002). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
-  Kasznar, I. K. e Gonçalves, B. M. L. (2009) "Técnicas de agrupamento Clustering". *EletroRevista*, pp. 1- 10.

-  Koopman, C., Pelletier, K. R., Murray, J. F., Sharda, C. E., Berger, M. L., Tourpin, R. S., Hackleman, P., Gibson, P., Holmes, D. M e Bendel, T. (2002) “Stanford Presenteeism scale: Health Status and Employee Productivity”, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, **44**, 1, pp.14-20.
-  Lerner D.J., Amick B.C., Rogers W. H., Malspeis S. e Bungay K. (2001) "The work limitations questionnaire: a self-administered instrument for assessing on-the-job work disability", *Medical Care*, **39**, pp.72–85.
-  Lofland, J. H., Pizzi, L. e Frick, K. D. (2004). "A review of health-related workplace productivity loss instruments", *Pharmacoeconomics*, **22**, 3, pp. 165-184.
-  Luthans, F. (2002). “The need for and meaning of positive organizational behavior”. *Journal of Organizational Behavior*, **23**, pp.695-706.
-  Manetti M.L. e Marziale M. H.P. (2007) *Factores associados à depressão relacionada ao trabalho de Enfermagem*. Disponível on-line em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n1/a10v12n1.pdf>. Último acesso em 05-07-2011.
-  Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex- SPSS)*. Lisboa: Edições Sílabo
-  Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
-  Marôco, J. e Garcia-Marques, T. (2006). “Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach?”. *Laboratório Psicologia*, **4**, 1, pp.65-90.
-  Martinez, L. F., Ferreira, A. I., Sousa, L. M. M. e Cunha, J. V. (2007). *A esperança é a última a morrer?*. Disponível on-line em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/cog/v13n1/v13n1a03.pdf>. Último acesso em 27-03-2011.

-  Martino, M. M. F. e Basto, M. L. (2009). “Qualidade do Sono, Cronótipos e Estados Emocionais: o caso de enfermeiros portugueses que trabalham por turnos”, *Pensar Enfermagem*, **13**, 1, pp. 49-60
-  Matias, S. I. M. (2010). Tradução e adaptação cultural do Neck and Upper Limb Index para a Língua Portuguesa (Dissertação de Mestrado em Ciências da Fisioterapia). Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade Motricidade Humana.
-  Medeiros, S. M., Macêdo, M. L. A. F., Oliveira, J. S. A. e Ribeiro, L. M. (2009). “Possibilidades e limites da recuperação do sono de trabalhadores noturnos de enfermagem”, *Revista Gaúcha de Enfermagem*, **30**, 1, pp. 92-98
-  Muller, M. R. e Guimarães, S. S. (2007). “Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida”, *Estudos de Psicologia*, **24**, 4, pp. 519-528
-  Nércio, T. R. (2010). *Qualidade do Sono e Habitos de Estudo em Jovens Institucionalizados*. Disponível on-line em https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1462/3/dm_tiagonercio.pdf. Último acesso em 27-03-2011.
-  Ozminkowski, R. J., Goetzel, R. Z., Chang, S. e Long, S. R. (2004). “The application of two health and productivity instruments at large employer”, *Journal of Epidemiology Community Health*, **46**, 7, pp.635-648.
-  Palma, B. D., Tiba, P. A., Machado, R. B., Tufik, S. e Suchecki, D. (2007). “Repercussões imunológicas dos distúrbios do sono: o eixo hipotálamo pituitária-adrenal como fator modulador”. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, **29**, 1, pp. 533- 538.
-  Pereira, L. C., Carmo, T. M. D., Souza, N. R., Rosa, W. A. G. e Goulart, M. J. P. (2010). “Trabalho noturno: a privação do sono da equipe de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento”, *Revista Ciência et Praxis*, **3**, 6, pp. 19-24.

-  Pestana, M. e Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
-  Pilette, P. C. (2005). “Presenteeism in Nursing”, *Journal of Nursing Administration*, **35**, 6, pp.300-303.
-  Pinto, P. e Melo, B. (2000). *Distúrbios decorrentes do trabalho em turnos e nocturno*. Disponível *on-line* em <http://camto.br.tripod.com/trabalhos/disttn.html>. Último acesso em 20/03/2011.
-  Polit, D. F., Beck, C., T. e Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem-Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artemed Editora.
-  Poll M. A., Lunardi V. L. e Filho W. D. (2008). “Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas”, *Scielo Public Health*, **21**, 3, pp. 509-514.
-  Ramos, M. L. (2003). "Cronobiologia e o trabalho por Turnos", *Revista Nursing*, **175**, 3, pp.7-12.
-  Ranney, D. (2008). *Distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho*. São Paulo: Roca.
-  Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
-  Rocha, M. C. P. e Martino, M. M. F. (2010). “O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares”. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, **44**, 2, pp. 280 – 286.
-  Rocha , M. C. P. e Martino, M. M. F. (2009). *Estresse e qualidade do sono entre enfermeiros que utilizam medicamentos para dormir*. Disponível *on-line* em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/10.pdf>. Último acesso em 26-03-2011

-  Rosa, C. e Carlotto, M. S. (2003). *Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar*. Disponível on-line em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v8n2/v8n2a02.pdf>. Último acesso em 27-03-2011.
-  Samarão, P. M. L. B. A. (2009). *Queixas Músculo-Esqueléticas e conhecimentos relativos a práticas preventivas de Mecânica Corporal*. Disponível on-line em https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1391/3/mono_pedrosamar%C3%A3o.pdf. Último acesso em 27-03-2011.
-  Santos, F. A. T. e Vajda, F. R. (2007). “Estudo sobre percepção das empresas com a saúde dos funcionários”. *Revista Ciências do Ambiente On-line*, **3**, 1, pp. 24-29.
-  Santos, T. C. M. M. e Inocente, N. J. (2006). *Trabalhos em turnos e noturno: Ciclo vigília sono e alterações na saúde do trabalhador*. Disponível on-line em http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/epg/03/EPG00000433-ok.pdf. Último acesso em 20-03-2011
-  Seligman, M. e Czikszentmihalyi, M. (2000). “Positive psychology”. *American Psychologist*, **56**, pp. 216-217.
-  Serranheira, F. M. dos S. (2007). *Lesões Músculo-Esqueléticas ligados ao trabalho: que métodos de avaliação do risco?*. Disponível on-line em http://run.unl.pt/bitstream/10362/2735/1/Florentino_Serranheira_-_Tese_Doutoramento_total_2007.pdf. Último acesso em 05/04/2011.
-  Serranheira, F., Lopes, F. e Uva, A. (2004). *Lesões Músculo-Esqueléticas (LME) e Trabalho: uma associação muito frequente*. Disponível on-line em http://www.ensp.unl.pt/ensp/corpo-docente/websites_docentes/sousa_uva/03st5lmelt.pdf. Último acesso em 05/04/2011.
-  Shuster, C. R. (2003) “Present and Unaccounted for: Presenteeism”, *FLM*, **14**, pp. 3.

- ☰ Silva, C. A. R. e Martino, M. M. F. (2009). “Aspectos do ciclo vigília-sono e estados emocionais em enfermeiros dos diferentes turnos de trabalho”, *Revista de Ciências Médicas*, **18**, 1, pp. 21-33.
- ☰ Silva, R. (2000). “Perturbações músculo-esqueléticas: Abordagem em Medicina do Trabalho”, *Divulgação Segurança e Saúde no Trabalho*, **9**, pp. 27-30
- ☰ Silva, E. C. G., Chaffin, R. A., Neto, V. C. S. e Júnior, C. L. S. (2010). *Impactos gerados pelo trabalho em turnos*. Disponível on-line em [http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2010vol4n13/volume4\(13\)artigo5.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2010vol4n13/volume4(13)artigo5.pdf). Último acesso em 27-03-2011.
- ☰ Silva, D. M. P. P. e Marziale, M. H. P. (2000). “Absentéismo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, **8**, 5, pp.44-51.
- ☰ Simões, M. R. L., Marques, F. C. e Rocha, A. de M. (2010). “O trabalho em turnos alternados e seus efeitos no cotidiano do trabalhador no beneficiamento de grãos”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, **18**, 6, pp. 1-7.
- ☰ Smith, D. R., Wei, N., Zhao, L. e Wang, R. S. (2004). “Musculoskeletal complaints and psychosocial risk factors among Chinese hospital nurses”, *Society of Occupational medicine*, **54**, 8, pp.579-582.
- ☰ Sousa, L. M. M. (2005). “Presenteísmo: Um perigo para o bem-estar dos Enfermeiros e para a sua produtividade”, *Revista Portuguesa de Enfermagem*, pp. 27-31.
- ☰ Trinkoff, A. M., Lipscomb, J.A., Geiger-Brown, J. e Brady, B. (2002). “Musculoskeletal Problems of the Neck, Shoulder and Back and Functional Consequences in Nurses”, *American Journal of Industrial Medicine*, **41**, 3, pp.170 - 178

-  Turpin, R. S., Ozminkowski, R. J., Sharda, C. E., Collins, J. J., Berger M. L., Billotti, G. M., Baase, C. M., Olson, M. J. e Nicholson, S. (2004). “Reability and Validity of the Stanford Presenteeism Scale”, *Journal of Epidemiology Community Health*, **46**, 11, pp.1123 - 1133.
-  Umann, J. e Guido, L. de A. G. (2010). “Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros hospitalares: nota prévia”, *Cogitare Enfermagem*, **15**, 4, pp. 759 – 760.
-  Vieira, V. A. (2009). *Moderação, mediação, moderadora-mediadora e efeitos indiretos em modelagem de equações estruturais: uma aplicação no modelo de desconfirmação de expectativas*. Disponível on-line em www.rausp.usp.br/download.asp?file=v4401017.pdf . Último acesso em 06-04-2011.
-  Whitehead D. (2006). “Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers”. *American Journal of Nursing*, **14**, 1, pp. 59-68
-  World Health Organization. (2001). *Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde*. Brasília: World Health Organization.
-  World Health Organization. (2002). *The World Health Report - Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. França: World Health Organization.

Apêndices

Apêndice I: Carta Explicativa do Projecto de Investigação

Tiago Rodrigues e Sara Mendes
Universidade Atlântica
Antiga Fábrica da Pólvora
2730-036, Barcarena
Tel. 918810022

Exma. Administração (a designar)
Morada

Barcarena, Maio de 2011

Assunto: Pedido de autorização para a realização do Projecto de Monografia

Exma. Administração (a designar),

Com o propósito de realizar a monografia final do VIII Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Escola Superior de Saúde Atlântica – Universidade Atlântica, Sara Mendes e Tiago Rodrigues, sob a orientação do Professor Luís Sousa, vêm solicitar a colaboração de enfermeiros constituintes da equipa multiprofissional dos serviços de medicina, cirurgia, ortopedia e unidades de cuidados intensivos, a trabalhar por turnos, para a recolha de dados para projecto de investigação – Monografia cujo tema é “Cuidando dos que cuidam: presentismo e a qualidade do sono nos enfermeiros do distrito de Lisboa”. Este projecto pretende investigar a relação do sono e as causas de presentismo sentidas pelos enfermeiros, tendo como objectivos:

- ✓ Analisar o impacto que o stress e as lesões músculo-esqueléticas têm no presentismo dos enfermeiros a exercer funções em meio hospitalar;
- ✓ Determinar a relação entre a qualidade do sono e o presentismo nos enfermeiros a exercer funções em meio hospitalar;
- ✓ Verificar o impacto que o presentismo (stress e lesões músculo-esqueléticas) apresentam na produtividade dos enfermeiros exercer funções em meio hospitalar;

A escolha desta temática prende-se com o facto do presentismo não ser, ainda um tema dominante na investigação, apesar de haver conhecimentos sobre a relação directa entre

o bem-estar dos profissionais e o seu desempenho quer qualitativo, quer quantitativo, contribuindo para estabilidade económica das organizações.

Para a realização deste estudo optámos por utilizar a abordagem de investigação quantitativa, aplicando o método descritivo simples de nível I, em que se pretende disponibilizar os questionários aos enfermeiros no próximo mês de Maio.

O método de amostragem seleccionado é o não probabilístico, intencional.

O instrumento de recolha de dados é o questionário que se encontra anexado a este documento.

A realização deste estudo rege-se por normas éticas, onde assumimos desde já assumimos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados que serão recolhidos, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos da pesquisa. Informamos também que o participante têm a total liberdade para recusar a sua participação ou mesmo abandonar o estudo em qualquer fase, sem que isso implique quaisquer danos, necessitando apenas de comunicar aos investigadores.

Este estudo é inteiramente voluntário pelo que será realizado mediante aceitação de participação através da leitura do consentimento informado, cujo exemplar também se anexa.

Comprometemo-nos, desde já, a disponibilizar, os resultados obtidos após a sua apresentação, mediante solicitação.

Antecipadamente agradecemos a atenção de V. Exa.

Os Investigadores

Docente Orientador

(962665953)

(Luís Sousa)

(913722259)

(Sara Mendes)

(9188190022)

(Tiago Rodrigues)

Apêndice II: Consentimento Informado

Assunto: Consentimento Informado para a participação no Projecto de Monografia - Cuidando dos que cuidam: presentismo e a qualidade do sono nos enfermeiros do distrito de Lisboa

Exmo.(a). Enfermeiro(a),

O presente estudo de investigação nasceu devido ao interesse dos investigadores no súbito aumento do presentismo no sector da saúde, mais precisamente na classe trabalhadora dos enfermeiros. O conceito de presentismo ainda não é do conhecimento de todos os trabalhadores. Uma definição simples e recorrentemente utilizada pelos anglo-saxónicos é estar no trabalho, mas ao mesmo tempo fora dele!

Como este estudo pretendemos analisar o impacto que o stress e as lesões músculo-esqueléticas têm no presentismo dos enfermeiros a exercer funções em meio hospitalar; determinar a relação entre a qualidade do sono e o presentismo nos enfermeiros a exercer funções em meio hospitalar e verificar o impacto que o presentismo (stress e lesões músculo-esqueléticas) apresenta na produtividade dos enfermeiros exercer funções em meio hospitalar.

Para a realização deste estudo é necessária a sua participação através da realização de um questionário tipo Likert, onde pretendemos obter informações acerca da caracterização demográfica, do estado de saúde, produtividade laboral, limitações no trabalho e qualidade do sono

Assim sendo, assumimos desde já o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados que serão recolhidos, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos da pesquisa e a garantia de que as informações obtidas serão somente utilizadas para o projecto ao qual se vinculam, podendo o senhor(a) ter acesso a elas e realizar qualquer modificação no seu conteúdo, se julgar necessário, bem como solicitar esclarecimentos às dúvidas que possam surgir.

Tem também a total liberdade para recusar a sua participação ou mesmo abandonar o estudo em qualquer fase, sem que isso implique quaisquer danos.

Garantimos que o senhor(a) não será sujeito a quaisquer riscos para a sua integridade física, mental ou moral bem como não terá quaisquer encargos materiais ou financeiros,

durante o desenvolvimento da pesquisa. Salienta-se que a sua participação não implicará, qualquer tipo de remuneração ou premiação, agradecendo desde já a sua participação.

Como pesquisadores, assumimos qualquer responsabilidade no decorrer da pesquisa, garantindo-lhe que as informações acima referidas serão rigorosamente cumpridas. Qualquer dúvida que presida poderá ser esclarecida pelos investigadores, quais os números se encontram no final deste documento.

Se o senhor(a) compreendeu no que consiste o estudo e aceita participar livre e voluntariamente, por favor, preencha os campos abaixo e posteriormente, observe e leia atentamente o instrumento de recolha de dados (questionário), preenchendo e respondendo às perguntas formuladas.

Eu, _____,
ciente da informação do processo de investigação descrito em cima, concordo em participar livremente na pesquisa, colaborando em dar as respostas solicitadas pelos pesquisadores, autorizando-os a utilizar as informações para fins académicos, sem restrições de prazos ou citações, a partir da presente data, desde que sejam garantidos a privacidade e o anonimato.

O (A) participante

Barcarena, 26 de Maio de 2011

Investigadores:

Sara Mendes
Nome

913722259
Contacto

Tiago Rodrigues
Nome

918810022
Contacto

Apêndice III: Questionário

Grupo I

Caracterização Demográfica

1. Género: Feminino () Masculino ()

2. Idade: _____ anos

3. Categoria Profissional:

() Enfermeiro

() Enfermeiro Graduado

() Enfermeiro Especialista

4. Tempo de exercício profissional: _____ anos

5. Tem outro emprego para além deste?

Sim () Não ()

6. Trabalha por turnos?

Sim () Não ()

Grupo II

Estado de Saúde

7. Assinale a opção que melhor traduz o seu estado de saúde, utilizando a seguinte escala (assinale um círculo à volta do número que corresponde à sua situação):

Mau	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

8. No último ano, em média quantas horas por semana trabalhou (não incluindo férias)?

_____ H

9. No último ano, teve algum dos seguintes problemas? **Se responder sim, em média, quantas horas não foi produtivo por dia (considerando um dia de trabalho como sendo 8 horas)?**

Problemas de Saúde	Sim	Não	Se respondeu sim: Quantas horas por dia?
Stress			
Lombalgias (dores nas costas)			

Grupo III

Estado de saúde, produtividade laboral e limitações no trabalho

- 10.** Refira um problema dos que mencionou anteriormente, que considera ter influenciado a sua saúde decorrente do último mês.

Problema:

- 10.1.** Para cada uma das afirmações, assinale com um círculo para demonstrar o seu desacordo, ou acordo face ao item que descreve as suas experiências de trabalho no último mês.

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

Devido ao meu problema de saúde, as dificuldades que normalmente fazem parte do meu trabalho foram mais complicadas de gerir.

1 2 3 4 5

Apesar do meu problema de saúde consegui terminar as tarefas difíceis do trabalho.

1 2 3 4 5

O meu problema de saúde inibiu-me de ter prazer no que faço.

1 2 3 4 5

Senti-me desesperado na concretização de determinadas tarefas de trabalho devido ao meu problema de saúde.

1 2 3 4 5

No trabalho, consegui concentrar-me na concretização dos meus objectivos, apesar do meu problema de saúde.

1 2 3 4 5

Senti-me com energia suficiente para completar todo o meu trabalho, apesar do meu problema de saúde.

1 2 3 4 5

10.2. Coloque um círculo, utilizando a escala anterior:

Trabalhar as horas que me são solicitadas.	1	2	3	4	5
Começar as suas tarefas assim que chega ao trabalho.	1	2	3	4	5
Fazer os mesmos movimentos, repetidamente durante o trabalho.	1	2	3	4	5
Utilizar o equipamento de trabalho (p.e. telefone, caneta, teclado, rato...).	1	2	3	4	5
Concentrar-se no trabalho.	1	2	3	4	5
Ajudar os outros a acabar o trabalho.	1	2	3	4	5
Desenvolver a quantidade de trabalho que me é solicitada.	1	2	3	4	5
Sentir que devia ter feito aquilo que sou capaz de fazer.	1	2	3	4	5

Grupo IV

Qualidade do sono

Instruções:

As questões a seguir são referentes aos hábitos de sono durante o mês anterior. As respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu durante o mês anterior. Por favor, responda a todas as questões.

- 11.** Durante o mês anterior, a que horas se deitou à noite? ____ H ____ min.
- 12.** Quanto tempo, em minutos, demorou a adormecer? ____ min.
- 13.** A que horas acordou de manhã? ____ H ____ min.
- 14.** Habitualmente, quantas horas costuma dormir? ____ H ____ min.
- 15.** Costuma dormir após o turno noturno? (assinale com uma cruz a opção que mais se adequa)

Sim ()

Não ()

15.1. Qual é o horário?

De que horas ____ H ____ min. a ____ H ____ min.

De que horas ____ H ____ min. a ____ H ____ min.

De que horas ____ H ____ min. a ____ H ____ min.

16. Assinale com um círculo a qualidade do sono de acordo com a escala (0 a 10).

Má 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Muito boa**

17. Para cada uma das questões seguintes escolha uma única resposta, que pense ser a mais correcta.

17.1. Quantas vezes apresentou distúrbios do sono devido a:

17.1.1. Permanecer mais de 30 minutos sem conseguir adormecer (assinale com um círculo).

Nº de vezes por semana 0 1 2 ≥ 3

17.1.2. Acordar a meio da noite ou de manhã cedo (assinale com um círculo).

Nº de vezes por semana 0 1 2 ≥ 3

17.1.3. Ter pesadelos (assinale com um círculo).

Nº de vezes por semana 0 1 2 ≥ 3

17.1.4. Sentir dores (assinale com um círculo).

Nº de vezes por semana 0 1 2 ≥ 3

18. Tomou alguma medicação para dormir? (assinale com uma cruz a opção que mais se adequa).

Sim ()

Não ()

18.1. Se sim, qual(is)? _____

19. Durante o mês anterior, apresentou períodos de sono enquanto trabalhava? (assinale com uma cruz a opção que mais se adequa).

() Sim

() Não

19.1. Se sim, quantas vezes por semana? (assinale com um círculo)

Nº de vezes por semana 1 2 ≥ 3

20. Durante o mês anterior, dormiu a sesta? (assinale com uma cruz a opção que mais se adequa).

Sim

Não

20.1. Se sim, qual foi o motivo? (assinale com uma cruz a opção que mais se adequa).

Prazer

Necessidade

Outro: _____

Grupo V

Comportamentos de Cidadania Organizacional

21. Neste grupo pedimos que descreva a frequência com que o(a) enfermeiro(a) desenvolve determinados comportamentos no serviço. Por favor, responda a todas as questões assinalando com um círculo.

Quase nunca	Poucas vezes	Por vezes	Bastantes vezes	Quase sempre
1	2	3	4	5
Participa voluntariamente na realização de tarefas que promovem a imagem do Hospital.				1 2 3 4 5
Participa voluntariamente em reuniões que são consideradas importantes para o Hospital.				1 2 3 4 5
Ajuda a organizar o funcionamento da unidade/serviço no qual trabalha.				1 2 3 4 5
Pensa no que é melhor para o Hospital.				1 2 3 4 5
Procura manter-se informado sobre o que ocorre no Hospital.				1 2 3 4 5
Procura manter-se informado sobre as mudanças e o desenvolvimento do Hospital.				1 2 3 4 5

Grupo VI

Desempenho de tarefas

22. Descreva a frequência com que o(a) enfermeiro(a) desenvolve determinados comportamentos na realização do seu trabalho. Por favor, responda a todas as questões assinalando com um círculo.

Quase nunca	Poucas vezes	Por vezes	Bastantes vezes	Quase sempre	
1	2	3	4	5	
Realiza adequadamente as tarefas que lhe são atribuídas.	1	2	3	4	5
Assume as responsabilidades para a sua função.	1	2	3	4	5
Desempenha as tarefas que lhe são atribuídas.	1	2	3	4	5
Atinge os níveis de desempenho requeridos para a sua função.	1	2	3	4	5
Falha no desempenho das tarefas essenciais.	1	2	3	4	5
Negligência determinados aspectos na realização do seu trabalho.	1	2	3	4	5

Muito obrigado pela sua colaboração!