



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO**

**ABSENTISMO E *ENGAGEMENT* NOS ENFERMEIROS DO
CENTRO HOSPITALAR DO NORTE DE PORTUGAL**

Cláudia Sofia Ferreira Pereira

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientada por

Prof. Doutora Carminda Morais

Prof. Doutora Maria Alexandra Pacheco Ribeiro da Costa

Versão definitiva

Porto, Janeiro de 2020



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO**

**ABSENTISMO E *ENGAGEMENT* NOS ENFERMEIROS DO
CENTRO HOSPITALAR DO NORTE DE PORTUGAL**

Cláudia Sofia Ferreira Pereira

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientada por

Prof. Doutora Carminda Morais

Prof. Doutora Maria Alexandra Pacheco Ribeiro da Costa

Versão definitiva

Porto, Janeiro de 2020

Resumo

A saúde em Portugal tem sido alvo de várias alterações nos últimos anos, provocando danos nas classes de profissionais que prestam os cuidados.

O absentismo dos enfermeiros tem atingido níveis preocupantes, que se reflete em profissionais exaustos, desgastados e desmotivados.

Por consequência, é expectável que o *engagement* diminua e haja perda de interesse pela profissão.

Surge desta forma a motivação para este estudo, que teve como objetivo conhecer o absentismo e o *engagement* nos enfermeiros do centro hospitalar de São João (CHSJ), de forma a entender melhor as preocupantes taxas de absentismo na instituição.

O instrumento de recolha de dados utilizado consistiu na aplicação de três questionários autoadministrados, com o objetivo de avaliar a componente sociodemográfica, o absentismo e o *engagement*. Foram utilizadas escalas testadas, nomeadamente – Escala de fatores de Absentismo Laboral (EFAL) de Murcho e Jesus (2006) para o absentismo e a Escala *Utrecht Works Engagement Scale (UWES)* de Schaufeli e Bakker (2007) para o *Engagement*.

Num universo de 2286 enfermeiros do CHSJ (em 2018), foram estudados 222 enfermeiros, distribuídos por 9 serviços da instituição.

Foi possível concluir que o absentismo está negativamente correlacionado com o *engagement* e que os enfermeiros que faltam mais são os que apresentam menor nível de *engagement* ($p=0.18$).

Em termos de faltas, indicadores de absentismo, foi possível confirmar que quem falta menos são aqueles que têm mais absorção, dedicação e vigor no seu trabalho, o mesmo acontecendo para quem tem um segundo emprego.

O cansaço, a sobrecarga de trabalho, o *stress* e a ansiedade surgem como potenciadores do absentismo, o mesmo acontece com a baixa remuneração e a falta de reconhecimento profissional.

O controlo do absentismo e a estimulação do *engagement* são fundamentais para as organizações, promovendo um sentimento de bem-estar que reduz os custos físicos e psicológicos do trabalho, e estimulando as pessoas ao crescimento pessoal, aprendizagem e desenvolvimento.

Palavras-Chave: Saúde, enfermeiros, absentismo, *engagement*.

Abstract

Health in Portugal has been the subject of several changes in recent years, causing damage to the health professionals.

The nurses' absenteeism has reached worrying levels, which is reflected in exhausted, worn and unmotivated professionals.

As a result, *engagement* decreases and loss of interest in the profession increases.

Therefore, the motivation for this study arise, which aimed to know absenteeism and *engagement* in nurses at the São João Hospital Center, in order to better understand the worrying absenteeism rates in the institution.

The data collection instrument used consisted of the application of three self-administered questionnaires, with the objective of evaluating the sociodemographic component, absenteeism and engagement. Tested scales were used, namely - Labor Absenteeism Factor Scale (EFAL) by Murcho and Jesus (2006) for absenteeism and the Utrecht Works Engagement Scale Scale (UWES) by Schaufeli and Bakker (2007) for Engagement.

In a universe of 2286 CHSJ nurses (in 2018), 222 nurses were studied, distributed by 9 services of the institution.

It was possible to conclude that absenteeism is negatively correlated with engagement and that the most missing nurses are those with the lowest level of engagement ($p = 0.18$).

In terms of absences, indicators of absenteeism, it was possible to confirm that those who lack less are those who have more absorption, dedication and vigor in their work, as well as those who have a second job.

Tiredness, work overload, stress and anxiety are all driving absenteeism, as are low pay and lack of professional recognition.

Controlling absenteeism and encouraging engagement are critical to organizations, promoting a sense of well-being that reduces the physical and psychological costs of work, and stimulating people to personal growth, learning and development.

Keywords: Health, nurses, absenteeism, *engagement*.

Resumen

La salud en Portugal ha sido objeto de varios cambios en los últimos años, causando daños a las clases de los cuidadores.

El ausentismo de las enfermeras ha alcanzado niveles preocupantes, lo que se refleja en profesionales agotados, desgastados y sin motivación.

Como resultado, el compromiso disminuye y aumenta la pérdida de interés en la profesión.

Por lo tanto, surge la motivación para este estudio, que buscaba conocer el absentismo y la participación de enfermeras en el Centro Hospitalario de São João (CHSJ), para comprender mejor las preocupantes tasas de ausentismo en la institución.

El instrumento de recolección de datos utilizado consistió en la aplicación de tres cuestionarios autoadministrados, con el objetivo de evaluar el componente sociodemográfico, el absentismo y el compromiso. Se utilizaron escalas probadas, a saber: la Escala del Factor de Absentismo Laboral (EFAL) de Murcho y Jesús (2006) para el absentismo y la Escala de Escala de Compromiso de Utrecht Works (UWES) de Schaufeli y Bakker (2007) para el Compromiso.

En un universo de 2286 enfermeras de CHSJ (en 2018), se estudiaron 222 enfermeras, distribuidas por 9 servicios de la institución.

Fue posible concluir que el absentismo se correlaciona negativamente con el compromiso y que las enfermeras más desaparecidas son aquellas con el nivel más bajo de compromiso ($p = 0.18$).

En términos de ausencias, indicadores de absentismo, fue posible confirmar que los que carecen menos son aquellos que tienen más absorción, dedicación y vigor en su trabajo, así como aquellos que tienen un segundo trabajo.

El cansancio, la sobrecarga de trabajo, el estrés y la ansiedad están impulsando el absentismo, al igual que los bajos salarios y la falta de reconocimiento profesional.

Controlar el absentismo y alentar el compromiso es fundamental para las organizaciones, promoviendo una sensación de bienestar que reduce los costos físicos y psicológicos del trabajo, y estimulando a las personas a crecer, aprender y desarrollarse personalmente.

Palabras clave: salud, enfermeras, absentismo, compromiso.

Agradecimentos

O meu agradecimento a todos os que contribuíram para que pudesse concretizar esta dissertação.

À Professora Doutora Prof. Doutora Carminda Morais e à Professora Doutora Maria Alexandra Pacheco Ribeiro da Costa, pela disponibilidade, orientação e motivação manifestadas ao longo do trabalho.

À minha família pelo apoio incondicional e paciência pelos momentos de menor disponibilidade.

Aos meus colegas pelo apoio nos momentos de maior sobrecarga de trabalho.

Aos participantes do estudo, por colaborarem e possibilitarem a realização da dissertação.

Lista de Abreviaturas e/ou Siglas

APA – *American Psychological Association*

APNOR – Associação de Politécnicos do Norte

CHSJ – Centro Hospitalar São João

DP – Desvio Padrão

DRH – Direção dos Recursos Humanos

DSI – Direção dos Serviços Informáticos

EPE – Entidade Pública Empresarial

EFAL - Escala de Absentismo Laboral

E.g. - abreviação de *exempli grata*, expressão latina que significa `por exemplo`, em português

ICN - *International Council of Nurses*

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

IPCA – Instituto Politécnico do Cávado e do Ave

IPP – Instituto Politécnico do Porto

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

LSD – Less Significant Difference

M – Média

MS – Ministério da Saúde

NJD-R - *Nursing Job Demands and Resources Model*

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONU – Organização das Nações Unidas

p.p – pontos percentuais

RAI – Responsável pelo Acesso à informação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UWES - *Utrecht Works Engagement Scale*

Índice geral

Índice de Tabelas	13
Índice de Figuras	15
Índice de Gráficos	16
1. Introdução.....	17
2. Enquadramento teórico	19
2.1. A crise e a saúde em Portugal	19
2.2 Absentismo.....	20
2.3. Fatores associados ao absentismo.....	21
2.4. Absentismo em profissionais de saúde.....	22
2.5. Absentismo dos enfermeiros no Centro Hospitalar São João	29
2.6. O conceito de <i>engagement</i>	31
2.6.1. <i>Engagement</i> no trabalho	31
2.6.2. <i>Engagement</i> nos enfermeiros	33
3. Metodologia	38
3.1. Motivação do investigador.....	38
3.2. Questões de investigação, finalidade e objetivos	38
3.3. População e amostra	39
3.4. Tipo de estudo.....	40
3.5. Hipóteses de investigação	40
3.6 Instrumentos e procedimentos de recolha de dados	40
3.7. Tratamento de dados	41
3.8. Procedimentos éticos	43
4. Apresentação de resultados da investigação	44
4.1. Caracterização da amostra	44
4.2. Fatores relativos a condições de trabalho	45
4.3. Absentismo e <i>Engagement</i>	46
4.3.1. Escala de Fatores de Absentismo Laboral (EFAL).....	47
4.3.2. Escala Utrecht Works <i>Engagement</i> Scale (UWES).....	49
4.4. Confiabilidade.....	51

5. Estudo das hipóteses	52
5.1. Fatores Sociodemográficos.....	52
5.2. Análise do <i>engagement</i> (escala UWES) - Fatores sociodemográficos	53
5.3. Análise do <i>engagement</i> (escala UWES) - Fatores relativos a condições de trabalho	54
5.4. Comparação entre absentismo e <i>engagement</i>	55
5.5. Correlações entre variáveis.....	55
5.6. Tipo de <i>engagement</i>	56
6. Análise e discussão de resultados	57
7. Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação	62
Anexos.....	67
Referências Bibliográficas	68
Pedido autorização RAI 1 de 2.....	74
Pedido autorização RAI 2 de 2.....	75
Autorização RAI 1 de 4	76
Autorização RAI 2 de 4	77
Autorização RAI 3 de 4	78
Autorização RAI 4 de 4	79
Email autorização questionário EFAL	80
Email autorização questionário <i>UWES</i>	81
Questionário 1 de 3	82
Questionário 2 de 3	83
Questionário 3 de 3	84

Índice de Tabelas

Tabela 1: Evolução dos dias de ausência por motivo	24
Tabela 2: Evolução dos dias de ausência por grupo profissional	25
Tabela 3: Total de dias de ausência por grupo profissional	25
Tabela 4: Quadro síntese - estudos absentismo.....	28
Tabela 5: Estudos sobre <i>engagement</i> com enfermeiros portugueses.....	36
Tabela 6: Classes do nível de <i>engagement</i>	42
Tabela 7: Alpha de Cronbach para UWES.....	42
Tabela 8: Frequências das variáveis género, estado civil e habilitações literárias	44
Tabela 9: Frequências das variáveis referentes às condições de trabalho	44
Tabela 10: Frequências, média e desvio-padrão do absentismo segundo fatores relativos às condições de trabalho	45
Tabela 11: Frequências, média e desvio padrão para absentismo segundo horário semanal, horas extraordinárias, duplo emprego, cargo de chefia e rotatividade de horário.....	46
Tabela 12: Frequências absolutas, média e desvio-padrão dos itens da subescala EFAL 1....	47
Tabela 13: Frequências absolutas, média e desvio-padrão dos itens da subescala EFAL 2....	47
Tabela 14: Frequências absolutas, média e desvio-padrão dos itens da subescala EFAL 3....	48
Tabela 15: Frequências absolutas, média e desvio-padrão dos itens da subescala EFAL 4....	48
Tabela 16: Medidas de tendência central e de dispersão para a escala EFAL	49
Tabela 17: Frequências absolutas, média e desvio-padrão dos itens da subescala Vigor da escala UWES	49
Tabela 18: Frequências absolutas, média e desvio-padrão dos itens da subescala Dedicção da escala UWES	50
Tabela 19: Frequências absolutas, média e desvio-padrão dos itens da subescala Absorção da escala UWES	50
Tabela 20: Medidas de tendência central e de dispersão para a escala UWES	51
Tabela 21: Alfa de Cronbach para a escala de absentismo EFAL.....	51
Tabela 22: Alfa de Cronbach para a escala de <i>engagement</i> (UWES).....	51
Tabela 23: Teste <i>T de Student</i> para comparação do nível médio de absentismo segundo género; *p-value <0.05	52
Tabela 24: Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> para o estado civil e habilitações literárias; *p-value<0.05	53

Tabela 25: Teste de comparações múltiplas de LSD para a pontuação EFAL segundo estado civil;.....	53
Tabela 26: Teste <i>T-Student</i> para comparação do <i>engagement</i> total segundo género.....	53
Tabela 27: Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> para o estado civil e habilitações literárias	54
Tabela 28: Frequências, média e desvio-padrão para o total <i>engagement</i> segundo situação laboral, remuneração, faltas no último mês e no último ano	54
Tabela 29: Coeficiente de Correlação de Spearman entre total EFAL e faltas no último ano e mês.....	55
Tabela 30: Frequências, média e desvio-padrão para o total de <i>engagement</i> segundo horário semanal, horas extraordinárias e duplo emprego.....	55
Tabela 31: Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre as subescalas EFAL e as dimensões UWES.....	56
Tabela 32: Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> para o nível de <i>engagement</i> segundo tipo de <i>engagement</i>	56

Índice de Figuras

Figura 1: The Job Demands-Resources (JD-R) Model of Work Engagement..... 32

Figura 2: Modelo NJD-R..... 35

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Taxa de absentismo hospitalar geral (2015-2017)	26
Gráfico 2: Taxa de absentismo hospitalar por doença (2015-2017)	26
Gráfico 3: Evolução da taxa de absentismo	30

1. Introdução

Ao longo das últimas décadas sucederam progressos tecnológicos importantes nos locais de trabalho, progressos que, associados a uma rápida globalização transformaram as condições de trabalho de muitas pessoas no mundo inteiro (Agência Europeia para a segurança e saúde no trabalho, 2014). Essas transformações impostas pelo capitalismo e mercado globalizado sujeitaram muitos trabalhadores a ambientes sem condições adequadas, com baixos salários, recursos humanos diminuídos, equipamentos e materiais precários.

A saúde não foi exceção, levando a profundas alterações políticas, organizacionais e económicas, que se traduzem em instituições em situações limite, com índices de absentismo alarmantes, desvalorizados e sem planos de intervenção.

Para que possamos entender melhor este fenómeno é necessário saber que o absentismo consiste na ausência de um trabalhador do seu local de trabalho somente quando esta ausência não está prevista, ou seja, o período de férias não é considerado absentismo (Ferreira, Neves e Caetano, 2001). Pode ser voluntário ou involuntário, de curta ou longa duração e a ausência pode ser ou não justificada (Cordeiro, 2011). Este comportamento encontra-se inversamente relacionado com o *engagement*, entendido como o equilíbrio entre a parte afetiva e a parte cognitiva do sujeito. São diversos os estudos realizados sobre estes dois construtos, separadamente, na área da saúde, uma vez que o absentismo é reconhecido como um problema crescente em todos os países industrializados, ocupando o lugar dos problemas mais onerosos. E por outro lado, o estudo do *engagement* salienta a compreensão da criação de contextos de trabalho que incentivem o bem-estar dos indivíduos, conseguindo que trabalhem de forma energética, motivada e comprometida, permitindo-lhes viver na atividade profissional momentos positivos e experiências ótimas (Schaufeli & Salanova, 2007). Se por um lado o absentismo tem elevados custos e prejuízos a si associados, tanto para os funcionários como para as organizações (Roque, 2008), o *engagement* possibilita a potenciação de comportamentos organizacionais positivos, orientando na prossecução de políticas de gestão de recursos humanos, contribuindo para o sucesso da organização, já que se encontra relacionado com os resultados positivos no trabalho, tais como o compromisso organizacional, a qualidade de desempenho elevada, a produtividade, o baixo absentismo, a segurança, a satisfação e a lealdade do cliente, bem como ao baixo desejo de mudar de profissão (Bakker & Demerouti, 2008).

A realização desta dissertação é pertinente, uma vez que atualmente verifica-se que no CHSJ, tal como em muitas outras instituições de saúde existem sérias dificuldades em controlar o absentismo dos seus colaboradores. Apesar de estar comprovada a importância deste tipo de informação para as instituições de saúde, os métodos de controlo que estão referenciados na literatura consultada são pouco eficientes visto que os seus resultados são sobretudo do tipo quantitativo, tornando-os pouco significativos, uma vez que não existe qualquer interpretação dos mesmos. Por outro lado, esta dissertação poderá despoletar o interesse de outras instituições por este tema, visto que a gestão correta do absentismo pode significar uma grande

poupança anual, pois se os processos e o fluxo de informação forem os mais corretos podem ser tomadas medidas de combate ao absentismo. É também porque bons níveis de *engagement* dos enfermeiros são essenciais para assegurar a manutenção de dotações seguras de enfermagem e assim, de forma mais abrangente, promover sistemas de saúde sustentáveis (D'Emiljo & Preez, 2017).

É imperativo desenvolver um plano estratégico pela valorização dos recursos humanos, pela promoção da saúde dos trabalhadores, pela reinvenção dos locais de trabalho e pela modernização técnica e sócio organizacional das instituições (Graça, 1995).

A realização deste estudo apresenta desta forma um caráter atual e de importância organizacional.

É imprescindível conhecer intrinsecamente o fenómeno das variáveis em estudo, o absentismo e o *engagement* para atuar eficazmente na redução dos custos económicos, sociais e pessoais atribuídos.

2. Enquadramento teórico

Neste capítulo pretende-se aprofundar a problemática em estudo, recorrendo a revisão bibliográfica exaustiva, de forma a nortear o desenho bem como o desenvolvimento da presente investigação.

Desta forma o enquadramento será apresentado pela seguinte ordem - A crise e a saúde em Portugal; o absentismo; o absentismo em profissionais de saúde e fatores; o *Engagement*; e ainda o absentismo nos enfermeiros do CHSJ.

2.1. A crise e a saúde em Portugal

Portugal enfrentou nos últimos anos a maior crise económica da sua história.

A crise financeira internacional, desencadeada em 2008, nos Estados Unidos, deteve repercussões desastrosas para a economia da zona do euro e atingiu Portugal de forma notória. A escassez de crédito e a crise da dívida soberana acabaram obrigando o país a pedir, em maio de 2011, um resgate financeiro da ordem de 78 milhões de euros, concedido pela União Europeia, Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Central Europeu. Em contrapartida, o governo português comprometeu-se a cumprir um plano de austeridade sem precedentes para reduzir o seu défice orçamental, com reduções de salários e aumento de impostos, além de outras reformas estruturais que levaram milhões de portugueses a protestar nas ruas contra o aumento de custo de vida e o desemprego que atingiu o máximo de 15,4% da população ativa. (Santos, 2018).

Neste contexto, diversos fenómenos sociais foram sucedendo no país. A taxa de desemprego atingiu, no quarto trimestre de 2013, os 15,3%, tendo diminuído no segundo trimestre, de 2015, para uma taxa de 11,9% (Instituto Nacional de Estatística, 2015), o que não deixa de ser preocupante se compararmos com a taxa de 8%, em 2007, antes do início da crise. Os trabalhadores, em particular os jovens, têm sido afetados pela contração económica, sobretudo no que respeita a questões de empregabilidade (Organização Internacional do Trabalho, 2013).

As incertezas nas organizações de saúde acentuaram-se cada vez mais, o que conduziu a mudanças políticas, sociais, legais e económicas que procuraram dar resposta e suavizar a situação de crise (Observador, 2016).

A contenção orçamental verificada nos hospitais com modelo de gestão hospitalar de Entidades Públicas Empresariais - EPE, em 2012, indicia que ao contrário de se procurar aumentar a eficiência, fazendo o mesmo com menos, procura-se fazer efetivamente “menos”. Esta situação levou a um desgaste das relações laborais e a contratualizações insuficientes e precárias, provocando um impacto profundo nos profissionais, com despedimentos, vínculos profissionais alterados e, ainda, a cidadãos com habilitações académicas e profissionais que não têm oportunidades de trabalho.

2.2 Absentismo

Segundo Patton (2005) a pesquisa realizada no banco de dados históricos do New York Times que remonta a 1851 sobre o termo absentismo obteve 4.535 artigos, enquanto que, pesquisa idêntica sobre um dos conceitos mais estudados do comportamento organizacional - satisfação no trabalho, obteve apenas 301 artigos, o que revela a importância atribuída ao conceito na opinião pública.

Neste sentido e não sendo uma questão recente, o absentismo tem sido alvo de maior atenção desde a década de 50 (Chadwick-Jones, 1971). No entanto, a complexidade de delimitação das suas causas, tem dificultado a tarefa de obter uma abordagem consensual.

O absentismo consiste na ausência de um trabalhador do seu local de trabalho (De Faria; Barboza & Domingos, 2005) somente quando esta ausência não está prevista, ou seja, o período de férias não é considerado absentismo (Ferreira; Griep; Fonseca & Rotenberg, 2012). Pode ser voluntário ou involuntário, de curta ou longa duração e a ausência pode ser ou não justificada (Cordeiro, 2011).

Outros autores definem o absentismo laboral como a falta de assiduidade ao trabalho ou a outros compromissos sociais, e podem apresentar a seguinte tipologia:

- Absentismo voluntário (quando as ausências ao trabalho são por razões particulares do próprio trabalhador);
- Absentismo por doença (que inclui todas as ausências por doença ou para procedimentos médicos, excluindo-se os acidentes ou outros problemas de saúde de origem profissional); absentismo por doença ou acidente profissional (aqueles que são causados pelo próprio trabalho ou no trabalho);
- Absentismo legal (faltas justificadas pela legislação como o nojo, parto, assistência a familiares, doação de sangue ou serviço militar, entre outras);
- Absentismo forçado (faltas ao trabalho devido à suspensão imposta pela entidade patronal, prisão, ou outro impedimento que não permita ao trabalhador chegar ao local de trabalho) (Cucolo & Perroca, 2008; Fernandes, 2011).

O absentismo no trabalho por ausências não previstas afeta as empresas (que são as organizações laborais públicas ou privadas que trabalham para atingir determinado fim), provoca custos diretos e indiretos elevados, e é considerado como um fenómeno de etiologia multifatorial, relativamente ao qual não parece existir uma relação precisa de causa e efeito, mas sim um conjunto de variáveis que podem levar ao mesmo (Fernandes, 2011; Porto e Paula, 2010).

Esta questão tem sido cada vez mais estudada pelas organizações, porque o absentismo tem elevados custos e prejuízos a si associados, tanto para os funcionários como para as organizações (Roque, 2008). Para além do que já foi dito acima, o absentismo laboral preocupa os gestores das organizações, porque provoca diminuição da competitividade, perda de

qualidade na prestação de serviços, deterioração do clima laboral e desmotivação dos trabalhadores (Patinha, 2012).

2.3. Fatores associados ao absentismo

Os fatores inerentes ao absentismo podem ser divididos em dois grandes grupos: fatores individuais e fatores organizacionais (Cordeiro, 2011).

Os fatores individuais são sobretudo o género, a idade, a antiguidade, o cargo ocupado e a satisfação no trabalho.

Os fatores organizacionais são o sistema de proteção social vigente, a relação com os colegas, o estilo de chefia e a cultura organizacional.

Os trabalhos de Plomp (2008) e Ferreira (2012) acrescentam fatores como as condições de trabalho, a valorização do trabalhador, o salário, a categoria profissional e o número de horas de trabalho noturno nos hospitais. Outros fatores são a doença, acidentes de trabalho, motivos de carácter familiar e problemas financeiros e de transporte (Ferreira et al., 2012). O motivo que, mais vezes, é invocado para justificar uma ausência é a doença. Na literatura, este motivo caracteriza-se por “ausência de um trabalhador por um determinado período de tempo, devido a uma incapacidade resultante de um problema de saúde que pode ir desde um mal-estar até uma doença grave” (Santos, 2018). As doenças, muitas vezes, decorrem da própria atividade desenvolvida pelos trabalhadores. No caso dos profissionais de saúde as doenças mais comuns são os distúrbios psicológicos, perturbações orgânicas, e alterações de conduta (Ribeiro e Pires, 2004). Os acidentes de trabalho são outro motivo muitas vezes invocado e representam um grande problema para a saúde pública e para a economia de um país (Martins et al, 2011). A verdade é que principalmente os profissionais de enfermagem estão muito expostos a este tipo de acidentes, como quedas e lesões com risco biológico (Correia, 1999). Um seguimento eficiente dos acidentes de trabalho seria benéfico, pois um acidente deste tipo para além de provocar a ausência temporária de um profissional colocando em causa o serviço prestado, traz custos de tratamento (Martins et al, 2011).

O *stress* constante a que os profissionais de saúde estão sujeitos pode levar a situações de absentismo involuntário, existindo sempre uma associação clara entre a taxa de absentismo e os riscos da atividade física (Widanarko; Legg; Stevenson; Devereux; Eng; Mannelje; Cheng; Douwes; Loschmann; McLean & Pearce, 2011). Compreende-se agora porque é que os enfermeiros são o grupo profissional com maior taxa de absentismo ao invés da classe médica que apresenta a menor taxa (Martins, 2011) .

O *burnout* dos médicos é outro fator que está muito associado ao absentismo nesta classe profissional. É natural que, com o passar do tempo, todos os profissionais de saúde, principalmente os médicos e enfermeiros, comecem a dar sinais de distúrbios mentais e físicos devido ao cansaço e por vezes até exaustão, resultantes do altíssimo grau de exigência que a sua atividade tem (Frasquilho, 2005; Ribeiro e Pires, 2004). O parágrafo anterior leva-nos a

estabelecer uma ligação com o que foi referido acima acerca do número de horas de trabalho. Nos profissionais de saúde é muito importante que haja um boa gestão das horas de serviço, sob pena de vermos aumentar ainda mais os níveis de absentismo (Borkowski, 2009).

2.4. Absentismo em profissionais de saúde

No sector da saúde, a ausência de um profissional pode refletir-se em alguma desorganização do serviço/ instituição, assim como no decréscimo na qualidade dos serviços prestados (Ferreira et al, 2012).

A legislação portuguesa prevê que em algumas situações de absentismo os trabalhadores não perdem os seus direitos na organização para a qual prestam serviço. Uma vez que numa instituição de saúde existem funcionários sob o regime de contrato de trabalho em funções públicas (RCTFP) e funcionários com contrato individual de trabalho (CIT), será apresentada a legislação presente no código do trabalho aplicável aos funcionários com CIT e legislação presente na Lei 35/2014 de 20 de Junho aplicável aos funcionários abrangidos pelo RCTFP. No caso de a ausência ser justificada, o artigo 255º do Código do Trabalho e o artigo 191º da Lei 35/2014 de 20 de Junho referem que o funcionário não perde qualquer direito à exceção da remuneração correspondente ao período de ausência e ao respetivo subsidio de, alimentação / refeição. No caso de a ausência ser injustificada, o artigo 256º do código do trabalho e o artigo 192º da Lei 35/2014 de 20 de Junho referem que se trata de uma violação ao dever de assiduidade, podendo tornar-se em certos casos uma infração grave. Este tipo de ausências dita a não remuneração do funcionário durante esse período que também será descontado no seu período de antiguidade. De acordo com o número 1 do artigo 65º do código do trabalho - “não determinam perda de quaisquer direitos, salvo quanto à retribuição, e são consideradas como prestação efetiva de trabalho as ausências ao trabalho resultantes de:

- a) Licença em situação de risco clínico durante a gravidez;
- b) Licença por interrupção de gravidez;
- c) Licença parental, em qualquer das modalidades;
- d) Licença por adoção;
- e) Licença parental complementar em qualquer das modalidades;
- f) Falta para assistência a filho;
- g) Falta para assistência a neto;
- h) Dispensa de prestação de trabalho no período noturno;
- i) Dispensa da prestação de trabalho por parte de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, por motivo de proteção da sua segurança e saúde;
- j) Dispensa para avaliação para adoção.”

Segundo o número 1 do artigo 41º da Lei 35/2014 de 20 de Junho - “não determinam perda de quaisquer direitos e são consideradas, salvo quanto à remuneração, como prestação efetiva de serviço as ausências ao trabalho resultantes:

- a) Do gozo das licenças por maternidade e em caso de aborto espontâneo ou nas situações previstas no artigo 142.º do Código Penal;
- b) Do gozo das licenças por paternidade, nos casos previstos no artigo 27.º;
- c) Do gozo da licença por adoção;
- d) Das faltas para assistência a menores;
- e) Das dispensas ao trabalho da trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, por motivos de proteção da sua segurança e saúde;
- f) Das dispensas de trabalho noturno;
- g) Das faltas para assistência a filhos com deficiência ou doença crónica”.

Aos trabalhadores com RCTFP e que fazem descontos para a Caixa Geral de Aposentações, aplicam-se os seguintes diplomas legais: Decreto-Lei 100/99 de 31 de março (alterado pela lei 66/2012 de 31 de dezembro), Decreto-Lei 181/2007 de 9 de maio, Portaria 666-A/2007 de 1 de junho e Lei 66-B/2012 de 31 de dezembro (República Portuguesa, 2014). Neste tipo de contrato o profissional deverá justificar a sua ausência num período máximo de 15 dias úteis, após a primeira falta, devendo entregar a justificação no serviço de gestão de recursos humanos da instituição, os procedimentos de entrega do documento são os mesmos dos trabalhadores com contrato individual de trabalho apresentados anteriormente. Os documentos que justificam a ausência são o atestado médico passado por médico do SNS num estabelecimento hospitalar público, atestado médico passado por um médico num estabelecimento de saúde privado, desde que convencionado com qualquer dos subsistemas de saúde da Administração Pública e declaração de internamento emitida por um estabelecimento hospitalar público ou privado. Quando é ultrapassado o limite de 60 dias consecutivos de ausência por doença o profissional pode ter de se apresentar a uma junta médica, no entanto este só pode retomar o exercício de funções, mediante apresentação de declaração médica, que o considere apto para retomar o serviço, ou alta da junta médica.

Para o caso dos trabalhadores com CIT e que fazem descontos para a Segurança Social foi analisada a seguinte legislação: Lei 7/2009 de 12 de fevereiro (alterada pela lei 69/2013 de 30 de agosto), Decreto-Lei 28/2004 de 4 de fevereiro (alterado pelo Decreto-Lei 133/2012 de 27 de junho) e a Circular Conjunta n.º 1 DGS/ISS/DGAEP* (Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2004). A análise da legislação acima referida permite-nos constatar que o profissional de saúde deverá justificar a sua ausência num período máximo de 15 dias após o início da mesma, neste caso concreto o documento justificativo deve ser entregue no serviço de gestão de recursos humanos da instituição. A entrega poderá ser feita presencialmente ou remetida por

• *DGS - Direção Geral da Saúde; ISS - Instituto da Segurança Social; DGAEP - Direção Geral da Administração e do Emprego

correio registado com aviso de receção, fax ou correio eletrónico sendo que, nestes dois últimos casos é obrigatória a entrega do documento original *à posteriori*.

Os documentos elegíveis para a justificação de uma ausência são o certificado de incapacidade temporária passado por um médico do Serviço Nacional de Saúde (SNS) numa instituição pertencente ao SNS, uma declaração médica ou atestado passado por qualquer médico sendo que este documento não vai ter qualquer valor na Segurança Social para contagem de tempo, para efeitos de atribuição de subsídio e para aposentação e uma declaração de internamento emitida por um estabelecimento hospitalar público ou privado. No caso do motivo de ausência ser doença, o profissional de saúde pode ter de se apresentar a uma junta médica sempre que a Comissão de Verificação de Incapacidades da Segurança Social, por sua iniciativa ou a pedido da entidade empregadora, decida convocar o trabalhador para tal (Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2004).

De acordo com o relatório social do Ministério da Saúde (MS) e do SNS de 2017, entre 2010 e 2013 assistiu-se a um decréscimo quer da taxa de absentismo geral, quer da taxa de absentismo por motivo de doença e, a partir desse ano, a tendência passou a ser inversa, tendo-se registado um aumento anual em ambas as taxas de absentismo.

A tabela 1 apresenta a evolução do número de dias de ausência por motivo de ausência de 2014 a 2017.

Tabela 1: Evolução dos dias de ausência por motivo

Motivos de Ausência	2014	2015	2016	2017	Var. 2017/2016
Doença	1.395.942	1.573.209	1.724.921	1.753.584	1,7%
Proteção na parentalidade	948.512	1.074.730	1.211.354	1.245.540	2,8%
Por acidente em serviço ou doença profissional	182.291	183.945	196.800	170.804	-13,1%
Assistência a familiares	25.009	28.245	36.185	37.221	2,9%
Trabalhador-estudante	22.894	24.905	30.553	32.003	4,7%
Por conta do período de férias	31.039	22.279	19.794	18.302	-7,5%
Com perda do vencimento	1.733	1.550	1.683	2.399	42,5%
Cumprimento de pena disciplinar	1.031	978	1.091	715	-32,6%
Greve	78.144	79.225	88.443	120.888	76,6%
Injustificadas	10.413	15.280	16.059	21.048	29,3%
Casamento	24.173	23.938	25.003	25.536	2,1%
Falecimento de familiar	28.082	28.291	28.125	29.704	5,8%
Outras	305.163	337.519	338.217	330.815	-2,2%
Total	3.053.005	3.394.120	3.698.608	3.788.556	2,4%

Nota: Não contempla entidades em regime de PPP

Fonte: Dados provenientes dos balanços sociais, retirados do Relatório Social do MS e SNS, pág. 135, 2017.

Da análise da tabela constata-se que no triénio 2014 – 2017 os motivos de ausência mais expressivos são a doença e a proteção na parentalidade.

De salientar o aumento ocorrido em 2017 face ao ano 2016, das ausências por motivo de greve e com perda de vencimento, com acréscimos de 76,6% e 42,5%, respetivamente.

Em sentido inverso é de realçar a diminuição significativa ocorrida nos dias de trabalho perdidos por cumprimento de pena disciplinar (-32,6%).

Tabela 2: Evolução dos dias de ausência por grupo profissional

Grupo profissional	2014	2015	2016	2017	Var. 2017/2016
Médicos	336.180	365.467	403.054	441.800	9,61%
Internos	237.102	271.125	294.661	283.776	-3,90%
Enfermeiros	1.035.084	1.100.389	1.291.411	1.298.111	0,52%
Técnicos Superiores de Saúde	35.298	39.989	42.215	39.204	-7,13%
Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica	173.296	198.047	225.580	247.253	9,61%
Assistentes Técnicos	326.419	353.671	368.849	377.628	2,46%
Assistentes Operacionais	780.833	830.265	698.865	951.742	5,88%
Outros	128.993	159.168	173.673	148.737	-14,51%
Total	3.053.005	3.394.120	3.898.688	3.788.556	2,4%

Fonte: Dados provenientes dos balanços sociais, retirados do Relatório Social do MS e SNS, pág. 135, 2017.

No que concerne à distribuição dos dias de ausência por grupo profissional, bem como à respetiva variação percentual face a 2016, é possível observar na tabela 2.

Em termos percentuais os grupos profissionais que registaram o maior aumento ao nível de ausências ao trabalho foram os médicos, os técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica e assistentes operacionais. Assinala-se, também, o acréscimo pouco significativo dos enfermeiros (0,52%) face ao ano 2016.

Da análise da informação existente contata-se que existem 1,52 enfermeiros por cada médico. Relativamente à idade, metade dos enfermeiros (50,1%) têm menos de 40 anos, o que conjugado com a sua distribuição por género (83,4% são do género feminino), influencia significativamente a taxa de absentismo (Relatório Social do MS e do SNS, 2017).

Em termos absolutos, à semelhança dos anos anteriores, o pessoal de enfermagem foi o que registou o maior número de ausências ao serviço, seguido dos assistentes operacionais e do pessoal médico (Tabela 3).

Tabela 3: Total de dias de ausência por grupo profissional

Grupos profissionais	Total de dias de ausência
Médicos	441.800
Internos	283.776
Enfermeiros	1.298.111
Técnicos Superiores de Saúde	39.204
Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica	247.253
Assistentes Técnicos	377.628
Assistentes Operacionais	951.742
Técnicos Superiores	86.263
Outros	148.737
Total	3.788.556

Fonte: Dados provenientes dos balanços sociais, retirados do Relatório Social do MS e do SNS, pág. 68 (2017)

O fenómeno do absentismo nos profissionais de enfermagem constitui um problema complexo para as organizações de saúde, que necessita ser valorizado e monitorizado pelos gestores de enfermagem (Sancinetti et al. 2011).

De acordo com o INE (2018) existem em Portugal 225 hospitais, 114 pertencem aos serviços oficiais de saúde (110 hospitais públicos e quatro em Parceria Público-Privada) e 111 são privados (49,3%). Em relação a Portugal Continental existem 208 (INE, 2018). Para uma melhor

compreensão do fenómeno em estudo foram selecionadas vinte e duas instituições, com base na dimensão e na localização em capitais de distrito de Portugal Continental, tendo-se obtido em 2017 uma taxa média de absentismo geral de 12,90 % e uma taxa média de absentismo por doença de 5,75%.

Observou-se, ainda que a maioria dos hospitais analisados registou entre 2016 e 2017 um aumento da taxa de absentismo geral. Da análise efetuada destacaram-se três hospitais com taxas de absentismo geral visivelmente superiores à média, o Centro Hospitalar do Algarve (17,8%), o Centro Hospitalar de S. João (15,34%), e o Cento Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (14,95%). O Centro Hospitalar do Porto e a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco foram as instituições que obtiveram a menor taxa de absentismo geral e absentismo por doença como evidenciam os gráficos 1 e 2.

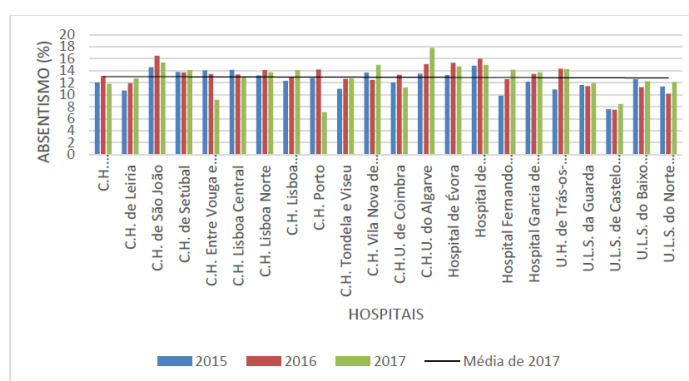


Gráfico 1: Taxa de absentismo hospitalar geral (2015-2017)

Fonte: Tese de mestrado Tiago, R. A. M, pág.25, 2018

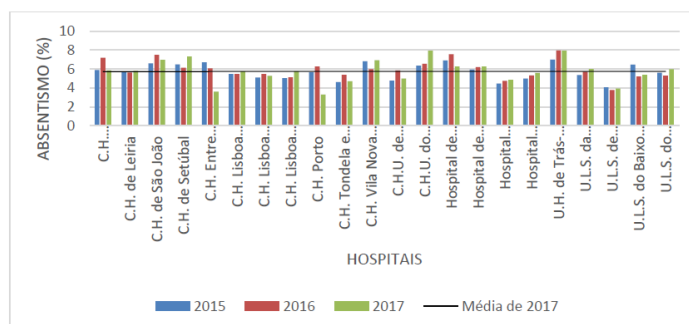


Gráfico 2: Taxa de absentismo hospitalar por doença (2015-2017)

Fonte: Tese de mestrado Tiago, R. A. M, pág.25, 2018

Apontado por vários autores como multifatorial, o absentismo pode resultar não só da própria atividade profissional, mas também do meio ambiente, de patologias do trabalhador e ainda de aspetos individuais e pessoais (Gurgueira, 2004; Martinato et al., 2010; Sancinetti et al., 2011).

Peiró et al. (2008) referem que o absentismo é afetado pela capacidade profissional das pessoas e pela sua motivação para o trabalho.

Como maior grupo profissional do setor da saúde, com 43559 trabalhadores, segundo o relatório Social do MS e do SNS (2017), os enfermeiros têm um papel preponderante a desempenhar não só nos sistemas e organizações de saúde, como também no estado de saúde das populações. A representatividade dos enfermeiros é notória por essa razão e como nos refere Fronteira (2010), as condições de trabalho em que os enfermeiros operam e o impacto que têm na sua saúde, condicionam o seu desempenho e devem ser valorizadas e estudadas.

Mais ainda, os enfermeiros constituem um grupo de risco pela constante predisposição a acidentes de trabalho e doenças profissionais, pois as atividades que desenvolvem exigem um contato direto com os doentes/utentes. Saliente-se ainda a manipulação de materiais perfuro-cortantes, fluidos corporais, e a vivência de situações emocionalmente intensas, tais como a vida, a doença e a morte.

O exercício da atividade profissional em ambientes particularmente stressantes e em equipas com insuficiência de recursos, com muitas responsabilidades e pouco controlo, com uma carga horária longa e muitas horas seguidas de trabalho, com conflitos entre os diferentes papéis sociais parece contribuir para o aumento da morbilidade nos enfermeiros (Fronteira, 2010; Borges, 2012).

Aliás, Dwyer e Areosa (2010) referem que existe uma relação direta entre o aumento de horas trabalhadas e o aumento do número de acidentes de trabalho. Importa ainda referir que os riscos de natureza psicossocial relacionados com o trabalho têm sido identificados como um dos grandes desafios das sociedades contemporâneas para a saúde e segurança no trabalho, estando ligados a problemas nos locais de trabalho tais como o *stress*, violência, assédio e intimidação no trabalho (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2012; Borges, 2012). Esta organização aponta alguns exemplos de condições de trabalho conducentes a riscos psicossociais: cargas de trabalho exageradas, exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções, falta de participação na tomada de decisões que afetam o trabalhador e falta de controlo sobre a forma como executa o trabalho, má gestão, comunicação ineficaz, falta de apoio da parte de chefias e colegas, assédio psicológico ou sexual, violência de terceiros, mudanças organizacionais e insegurança laboral. Serranheira et al. (2011) em colaboração com a Ordem dos Enfermeiros (OE) efetuaram um estudo sobre lesões musculoesqueléticas (LMELT) ligadas ao trabalho de enfermagem, tendo 98% dos respondentes (n=2140) evidenciado uma elevada prevalência de queixas, pois referiram sintomatologia. Os autores salientam ainda que, independentemente da maior ou menor predisposição que os enfermeiros apresentem para as LMELT existe fadiga e esta pode provocar alterações do seu estado de saúde, alterações no desenvolvimento da sua atividade profissional e consequentemente na qualidade dos cuidados de saúde prestados e segurança dos doentes.

Também numa revisão integrativa efetuada por Martinato et al. (2010) sobre absentismo na enfermagem concluíram que, os profissionais de enfermagem se encontram sujeitos a inúmeras

doenças, como mentais, do aparelho respiratório, reprodutor, geniturinário, osteomuscular, acidentes de trabalho, e outras, onde se evidencia o ambiente de trabalho como a principal causa para adoecer. Ficou também evidente neste estudo que a dotação segura de profissionais constitui um importante instrumento para minimizar o absentismo. Como referem os autores existe uma inter-relação na promoção da saúde dos trabalhadores com a saúde dos clientes no dimensionamento de pessoal de enfermagem (Martinato et al., 2010).

Aiken, Sloane e Clarke (2011), foram capazes de demonstrar que nos hospitais quanto melhor o ambiente de trabalho para a enfermagem menor as hipóteses de mortes e falhas em toda a equipa de enfermagem do hospital.

Existem vários estudos sobre o absentismo nos enfermeiros em Portugal, alguns abordaram o absentismo isoladamente, outros associaram mais construtos, sendo o *burnout* o mais frequente. Apresentam-se alguns (Tabela 4), de forma a complementar este estudo.

Tabela 4: Quadro síntese - estudos absentismo

AUTOR(ES)	TÍTULO	TAXAS DE ABSENTISMO DOS ENFERMEIROS E OUTROS DADOS RELEVANTES
Tiago, R. A. M. (2018)	O Absentismo em Profissionais de Saúde: O caso de uma unidade de um Centro Hospitalar	3,4% As mulheres faltam mais
Vieira, Maria Rosário (2016)	Satisfação no trabalho e absentismo dos enfermeiros de um ACeS	Os enfermeiros que têm filhos e os que exercem atividade em unidades de saúde familiar (USF) foram os que mais faltaram ao trabalho. A razão mais apontada foi a doença do próprio seguindo-se a doença de familiar (filhos e pais). Os enfermeiros que não faltaram ao serviço foram os que percecionaram maior satisfação no trabalho total e seus fatores.
Murcho, Nuno (2006)	<i>Burnout</i> e absentismo laboral em enfermeiros	Absentismo laboral é influenciado pelo <i>burnout</i> e pelas variáveis sociodemográficas;

Pedro, M.; Bratyna, O.; Poeira, A. F.(2018)	A influência do <i>burnout</i> no absentismo laboral dos enfermeiros em contexto hospitalar: revisão sistemática da literatura	Absentismo é geralmente considerado como uma consequência do <i>burnout</i> , sendo que o mesmo nos enfermeiros influencia diretamente a qualidade dos cuidados prestados às pessoas.
--	--	---

2.5. Absentismo dos enfermeiros no Centro Hospitalar São João

Entre 2015 e 2017 ocorreram várias alterações regulamentares que levaram a profundas mudanças nas instituições públicas.

O CHSJ não foi exceção e as taxas de absentismo nos profissionais de enfermagem revelam algumas preocupações.

O regresso ao período normal de trabalho de 35 horas semanais, por força da entrada em vigor da Lei n.º18/2016, de 20 de junho, para os trabalhadores em regime de contrato de trabalho em funções públicas foi provavelmente a que provocou mais impacto, com consequências estruturais relevantes.

Estamos presente uma classe em exaustão, por falta de contratações, visto que a dotação das equipas não acompanhou a lei. A alteração das 40 para a 35 horas corresponde a maior carga de trabalho.

A taxa de absentismo do CHSJ (excluindo as férias), no ano de 2015, foi de aproximadamente 9,92%, valor que corresponde a um acréscimo de 0,82 p.p. face ao registado em 2014. Esta variação foi especialmente acentuada nos grupos profissionais: pessoal técnico e outros tendo sido verificados aumentos de 2,18 p.p. e 2,80 p.p., respetivamente. O único grupo profissional que viu diminuir a sua taxa de absentismo em 2015, face a 2014, foi o pessoal médico (-0,22 p.p.). No CHSJ, os grupos profissionais que apresentam uma maior taxa de absentismo em 2015 são os assistentes operacionais e pessoal de enfermagem, apresentando este uma taxa de 11,1%, correspondendo a cerca de 27,5 dias de ausência por ano. Os motivos que mais aumentaram e que explicam o aumento da taxa de absentismo neste ano são: doença, licenças por risco clínico na gravidez e os acidentes em serviço.

Em 2016 a taxa de absentismo do CHSJ (excluindo as férias) foi de aproximadamente 10,7%, o que significa um acréscimo de 0,83 p.p. face ao registado em 2015 e corresponde a aproximadamente 26,5 dias de ausência por ano. Este aumento da taxa de absentismo verifica-se em todos os grupos profissionais à exceção do pessoal assistente técnico e outros. A taxa de absentismo nos enfermeiros voltou a aumentar para os 12,60%, mais 1,5 pp que 2015, ou seja em média faltaram aproximadamente 31 dias. Os motivos de ausência que mais aumentaram e que explicam o aumento da taxa de absentismo em 2016 são: doença, licenças por risco clínico na gravidez e licença parental (Carvalho & SROC Lda, 2018).

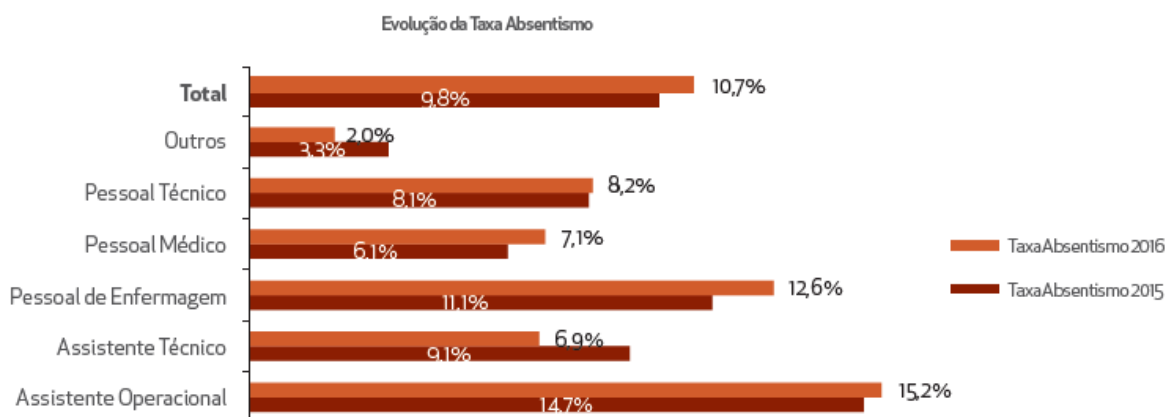


Gráfico 3: Evolução da taxa de absentismo

Foram considerados 248 dias de trabalho por ano

Fonte: Relatórios & contas 2018 (Centro hospitalar de São João - Porto, 2015, 2016 e 2017)

Em 2017 a taxa de absentismo foi de 11,39%, com os mesmos motivos do ano anterior como principais causas: doença, licenças por risco clínico na gravidez e licença parental, que se traduziu em cerca de 28 dias de ausência (Centro hospitalar de São João - Porto, 2015, 2016 e 2017).

No entanto o ano de 2017, no setor da saúde, foi palco de grande conflitualidade laboral que se traduziu num considerável número de paralisações, as quais tiveram um impacto marcado na resposta aos utentes destes serviços, mas não no absentismo propriamente dito.

As paralisações afetaram o normal funcionamento da atividade programada, nomeadamente, consultas externas, cirurgias programadas e hospital de dia. Assim, entre greves da Função Pública, dos Médicos e dos Enfermeiros, registaram-se 13 dias de greve, com impacto significativo na atividade assistencial do CHSJ, uma vez que levaram ao cancelamento de muitos serviços previamente agendados. E de assinalar ainda a greve de zelo do Pessoal de Enfermagem, que iniciou em maio e terminou em agosto, a qual teve o seu maior impacto na paralisação parcial da atividade cirúrgica programada adicional (Centro hospitalar de São João - Porto, 2015, 2016 e 2017).

É de salientar a discrepância de dados entre o relatório social do MS e o relatório de contas do CHSJ, no que diz respeito às taxas de absentismo da instituição hospitalar.

MS: Apresenta uma taxa de absentismo geral de 15,34%, no CHSJ, em 2016

CHSJ: Apresenta uma taxa de absentismo de 10,7%, no CHSJ, em 2016.

Embora nenhuma das entidades tenha sido confrontada com a situação, a diferença de valores poderá estar associada à forma como terão sido calculadas as taxas, em relação ao tipo de absentismo.

Isto é, enquanto que pelo SNS a taxa de absentismo esteja a referir-se ao absentismo geral e por doença, o CHSJ refere-se apenas à taxa de absentismo total, sem mencionar tipos.

2.6. O conceito de *engagement*

O *engagement* no trabalho é definido como um estado positivo da mente, realizador e relacionado com o trabalho que é caracterizado pelo vigor, dedicação e absorção (Schaufeli et al. 2002).

Além de sua utilidade como estratégia para aumentar a competitividade das organizações, são muitos os benefícios que o *engagement* proporciona ao trabalhador.

Kahn (1990), foi o pioneiro na introdução do conceito de *engagement* na investigação. E descreveu-o como o “envolvimento e a expressão física, cognitiva, emocional e mental das pessoas durante o desenvolvimento das suas funções” (Kahn, 1990, p.694). O autor considerou ser uma relação entre o trabalhador, que dispensa energia pessoal (física, cognitiva, emocional e mental) no seu trabalho, e o próprio trabalho em si desafiante que permite ao trabalhador atingir o seu potencial.

2.6.1. *Engagement* no trabalho

As pessoas que têm *engagement* no trabalho são comprometidas e estão muito envolvidas emocionalmente com a instituição. Não significa que não tenham vida social, mas que o tempo em que estão a trabalhar é aproveitado ao máximo. Ou seja, concentram-se nas oportunidades que permitem criar benefícios para a empresa (Bakker & Demerouti, 2008).

Estes colaboradores caracterizam-se por não se queixarem nem falarem mal da instituição com outros elementos da equipa. Muito pelo contrário, mostram-se orgulhosos de ter esse vínculo e falam disso com seu círculo mais próximo. Expressam sentimentos positivos pela empresa, e não de maneira forçada, mas porque realmente se sentem bem no seu cargo e com os colegas de trabalho (Bakker & Schaufeli, 2008).

O *engagement* no trabalho tem sido estudado internacionalmente, revelando os estudos diversos fatores que influenciam os níveis do mesmo nos trabalhadores. Numa análise dos níveis de *engagement* de trabalhadores de países do Continente Europeu e da cultura e economia desses países, Schaufeli (2017) concluiu que os países com uma democracia forte, níveis de corrupção e desigualdade de género reduzidos, com elevados níveis de integridade e onde as pessoas dão mais importância às atividades de lazer do que ao trabalho, apresentam estes níveis mais elevados.

Segundos os dados obtidos através do *Sixth European Working Conditions Survey* (Eurofound, 2017), Portugal, entre 28 países, é o país da União Europeia que apresenta o menor nível de *engagement*, com um valor de 3.69, numa escala de 0-5 (Schaufeli, 2017). Mais do que um

estado momentâneo e específico, o *engagement* no trabalho refere-se a um estado mais persistente e afetivo-cognitivo que não é focado num objeto, evento, indivíduo ou comportamento específico. É definido como um estado mental positivo, satisfatório e persistente em relação ao trabalho, composto por três dimensões: vigor, dedicação e absorção (Bakker, 2017; Schaufeli, 2017). O vigor caracteriza-se pelos altos níveis de energia e resiliência mental enquanto se trabalha, vontade de investir no trabalho, e persistência em situações de dificuldade. A dedicação refere-se a estar fortemente envolvido no trabalho e experienciar um senso de significância, entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio. A absorção é caracterizada por se estar completamente concentrado e envolvido no trabalho, sendo que o tempo passa rapidamente e o indivíduo possui dificuldade em largar o trabalho.

A promoção do *engagement* no trabalho, os seus antecedentes e as suas consequências podem ser explicados através do *Job Demands and Resources Model* (Bakker & Demerouti, 2017), modelo teórico que segundo qual as características do trabalho podem ser classificadas em exigências (*job demands*) ou recursos (*job resources*) de trabalho (Figura 1).

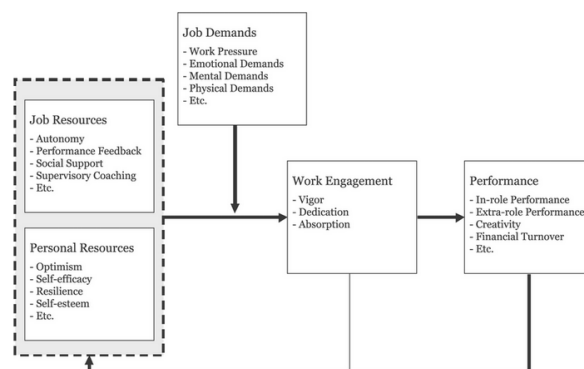


Figura 1: The Job Demands-Resources (JD-R) Model of Work Engagement

(Bakker & Demerouti, 2007, p.218)

As exigências de trabalho (e.g., pressão elevada no trabalho ou interações emocionalmente exigentes com os clientes/utentes) são definidas como os aspetos físicos, psicológicos e sociais do trabalho que requerem esforço e custo físico ou psicológico dos trabalhadores. Os recursos de trabalho (e.g., suporte social dos colegas e supervisores, valorização e feedback do trabalho, autonomia no trabalho) são os aspetos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais do trabalho que permitem atingir objetivos, reduzir as exigências e por consequência, os custos fisiológicos e psicológicos, estimulando o desenvolvimento pessoal e a aprendizagem (Bakker & Demerouti, 2014). As exigências de trabalho são os preditores mais importantes da exaustão, queixas psicossomáticas e *burnout*, uma vez que estas exigem que o trabalhador dispense energia (Bakker & Demerouti, 2014). Por outro lado, os recursos de trabalho são os mais importantes preditores do *engagement*, motivação e satisfação no trabalho, uma vez que os recursos de trabalho preenchem necessidades psicológicas básicas, como a necessidade de autonomia e de relacionamentos no trabalho (Bakker & Demerouti, 2014).

Este modelo propõe que os ambientes de trabalho impulsionam dois processos psicológicos independentes: um processo de compromisso/redução da saúde e um processo motivacional. O compromisso da saúde decorre na presença de exigências de trabalho consistentemente altas e que podem requerer recursos energéticos dos trabalhadores, levando-os à fadiga e a problemas de saúde. Contudo, a teoria postula que os recursos de trabalho adquirem o seu potencial motivacional quando os trabalhadores são confrontados com exigências de emprego altamente desafiadoras (Wingerden; Bakker & Derks, 2016). Pode-se entender, assim, que o *engagement* funciona como um mediador entre as exigências e os recursos de trabalho, constituindo um fator intermediário num processo causal em que as exigências e os recursos de trabalho são os preditores ou antecedentes e a performance do trabalhador e da organização constituem os resultados ou consequências (Bakker, 2017b).

Existem mais algumas abordagens para avaliar o *engagement* dos trabalhadores. Entre elas podem-se destacar a aproximação de Maslach e Leiter (1997), estes autores assumem que *engagement* no trabalho e *burnout* constituem polos opostos de uma relação contínua de bem-estar no trabalho, em que o *burnout* representa o polo negativo e o *engagement* no trabalho, o polo positivo.

Em contraste com a abordagem de Maslach e Leiter (1997), existe a escola de *Occupational Health Psychology Unit Utrecht University* que permite a avaliação da força da associação (correlação) entre o *engagement* no trabalho através da *Utrecht Work Engagement Scale (UWES)* (Schaufeli & Bakker, 2003), traduzida para português por Marques & Picado, (2011). A *UWES* foi desenvolvida inicialmente com 24 itens, tem sido usada em versões de 17 e 15 itens (Schaufeli & Bakker, 2003), 9 itens (Schaufeli, Martinez, Pinto, Salanova & Bakker, 2002) e mais recentemente de 3 itens (Schaufeli & Salanova, 2007), sendo um instrumento de acesso livre e de rápido e fácil preenchimento.

2.6.2. Engagement nos enfermeiros

Bons níveis de *engagement* dos enfermeiros são essenciais para assegurar a manutenção de dotações seguras de enfermagem e assim, de forma mais abrangente, promover sistemas de saúde sustentáveis (D'Emiljo & Preez, 2017). Desta forma, e estando o *engagement* relacionado com a satisfação e a qualidade de vida no trabalho, justifica-se o seu estudo nos enfermeiros (Orgambídez-Ramos & Almeida, 2017).

Está demonstrado que o *engagement* nos enfermeiros se relaciona com resultados positivos como o aumento da produtividade das organizações, sendo, por isso, importante promovê-lo como um recurso fundamental das organizações (Hosseinpour-Dalenjan, Atashzadeh-Shoorideh, Hosseini & Mohtashami, 2017). Globalmente, as dotações de enfermeiros são reconhecidas como sendo insuficientes em muitos países (ICN - *International Council of Nurses*, 2015), fator que coloca desafios às organizações de saúde, sendo necessária a criação de soluções sustentáveis (D'Emiljo & Preez, 2017).

Orgambídez-Ramos e Almeida (2017) referiram no seu estudo que elevados níveis de *engagement* têm um impacto positivo na satisfação no trabalho, melhorando a qualidade dos cuidados e promovendo a estabilidade nos serviços de saúde. Contudo, há fatores que diminuem ou estão relacionados com o *engagement* como, por exemplo, o *turnover*, que influencia a estabilidade e a qualidade dos cuidados de saúde. Num estudo realizado com 194 enfermeiros, verificou-se que o *turnover* tende a ser superior nos enfermeiros com níveis mais baixos de *engagement* (Simone, Planta & Cicotto, 2017).

Para além de um fim per si, o *engagement* pode, igualmente, ser encarado como um mobilizador de outros recursos de trabalho e pessoais.

Num outro estudo com 5.272 profissionais de saúde (Bakker, 2017a) verificou-se que os que apresentavam elevados níveis de *engagement* conseguiam lidar satisfatoriamente com elevadas exigências de trabalho ou exigências bloqueadoras do crescimento e do desenvolvimento profissional. Profissionais com bons níveis de *engagement* desejavam manter-se assim e, por isso, solicitavam feedback do seu trabalho, aumentavam o seu suporte social e criavam novas oportunidades de aprendizagem. Desta forma, potenciavam um ambiente de trabalho que se adapta às suas preferências e necessidades pessoais, recurso designado por *job crafting* (Bakker, 2017).

Numa revisão sistemática da literatura, Keyko e colaboradores (2014) adaptaram o modelo *JD-R- Job Demands and Resources* (Wingerden et al.2016), construindo o *Nursing Job Demands and Resources Model* (NJD-R) para a explicação do *engagement* nos enfermeiros (Figura 2).

O NJD-R revela que existe um elevado leque de antecedentes do *engagement* e a múltiplos níveis (individual, operacional e organizacional). Para além dos recursos de trabalho, profissionais e pessoais, o clima organizacional na enfermagem exerce uma forte influência no *engagement* dos enfermeiros, contribuindo também para o aumento de resultados positivos pessoais e da performance e reduzindo os resultados negativos tanto para os enfermeiros como para organizações de saúde (Keyko, Cummings, Yonge & Wong, 2016).

Alguns estudos têm relacionado os recursos e as exigências de trabalho em enfermeiros que influenciam positiva ou negativamente o *engagement*. Por exemplo, no estudo realizado por (D'Emiljo & Preez, 2017) foram identificados recursos de trabalho deficitários como a remuneração, o nível de participação e de autonomia, as possibilidades de progressão na carreira, a variedade nas atividades no trabalho e as oportunidades de aprendizagem, que no seu conjunto são importantes antecedentes do *engagement*. Além disso, as principais exigências de trabalho potencialmente bloqueadoras foram a carga de trabalho, a carga mental e emocional, as ambiguidades do trabalho e a incerteza quanto ao futuro.

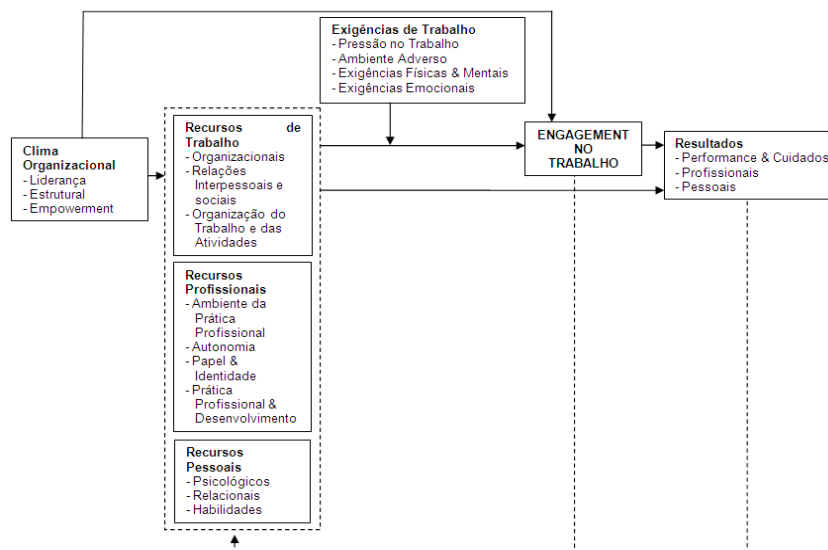


Figura 2: Modelo NJD-R

Fonte: Borges, Abreu e Queirós, 2017

Legenda: a linha sólida significa que as evidências da revisão de literatura suportam as relações. As linhas a tracejado indicam que não existe, até ao momento, evidência científica em enfermagem que suporte as relações (Keyko, Cummings, Yonge & Wong, 2016).

Na enfermagem o *engagement* depende do ambiente de trabalho, da aprendizagem ao longo da carreira profissional (e.g., desenvolvimento da introspeção, sensibilidade, reflexão e da relação positiva trabalho/família) bem como de características pessoais como o otimismo e a percepção de auto-eficácia. Num nível mais lato, organizacional, o *empowerment* estrutural, a valorização profissional, o contexto social, a percepção de justiça no trabalho, de sentir-se integrado na comunidade laboral, a carga de trabalho e a autonomia são importantes preditores do *engagement* (García-Sierra, Fernández-Castro & Martínez-Zaragoza, 2015). Mais especificamente quanto ao ambiente de trabalho, num estudo com 516 enfermeiros foi verificada uma relação negativa entre os níveis de *engagement* e um ambiente de trabalho caracterizado pela incivilidade (Hosseinpour-Dalenjan, Atashzadeh-Shoorideh, Hosseini & Mohtashami, 2017). Em outros estudos foi evidenciado que ambientes de trabalho onde é prevalente a ocorrência de *bullying*, os níveis de *engagement* dos enfermeiros são menores (Fountain, 2017).

O *engagement* nos enfermeiros surge em alguns estudos relacionado ainda com a satisfação no local de trabalho. Num estudo com 215 enfermeiros verificou-se que o suporte social por parte dos colegas e supervisores e o *engagement* foram preditores da satisfação no local de trabalho, que por sua vez constituiu um importante indicador da qualidade dos cuidados e da qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros (Orgambídez-Ramos & Almeida, 2017).

Outro fator que tem sido apontado na literatura como sendo influenciador do *engagement* são as características de liderança (García-Sierra, Fernández-Castro & Martínez-Zaragoza, 2015) e os estudos têm identificado o papel da supervisão/gestão no *engagement* dos enfermeiros. Os supervisores poderão impulsionar a adaptação dos recursos de trabalho e exigências de trabalho

promovendo a autonomia dos seus colaboradores, e poderão estar na vanguarda nas organizações por investigarem se os enfermeiros experienciam suficientes recursos e desafios no trabalho (Wingerden, Bakker & Derks, 2016). Os gestores de enfermagem estão numa posição privilegiada para diretamente influenciarem os antecedentes do *engagement* (os recursos de trabalho) e defender junto dos níveis de gestão superiores mudanças estruturais. Assim, na procura pela conformidade é necessário que os gestores procurem partilhar os seus valores e visão e que procurem o feedback dos colaboradores sobre as condições de trabalho (Keyko et al., 2016). O *engagement* é então um recurso que não é estanque e que pode ser melhorado, mediante intervenções específicas, ao longo da carreira de um enfermeiro (García-Sierra, Fernández-Castro & Martínez-Zaragoza, 2015), e a adaptação de recursos pessoais, recursos de trabalho e das exigências de trabalho, contribuem para o *engagement* destes profissionais (Wingerden, Bakker & Derks, 2016).

Alguns estudos efetuados demonstram relações positivas entre indicadores de bem-estar laboral e vital e o *engagement*. Com base nas conceções de vinculação psicológica de Schaufeli, a UWES (*Utrecht Work Engagement Scale*) tem sido utilizada e validada em vários países para avaliar o *engagement* de vários grupos profissionais mas, por exemplo, na Holanda embora tenham sido feitos estudos com médicos e enfermeiros, restringiram-se a poucos hospitais gerais e hospitais psiquiátricos e o mesmo se passou na Austrália, Canadá, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Noruega, África do Sul e Espanha. Todos estes estudos têm sido realizados nas mais variadas profissões mas muito poucos têm sido efetuados em profissionais de saúde. Mesmo em Portugal, a maioria dos estudos realizados do *engagement*, têm sido em vários grupos profissionais como militares, professores e estudantes universitários. Desta forma será pertinente alargar os estudos em Portugal às profissões de saúde e nomeadamente no contexto hospitalar.

Ainda assim, em Portugal o *engagement* nos enfermeiros já tem sido estudado (Tabela 5) com recurso à versão de 17 itens da UWES, concluindo-se que apesar de os níveis serem moderados a elevados, existem variações por ano do estudo e zonas/local de recolha.

Tabela 5: Estudos sobre *engagement* com enfermeiros portugueses

Estudo	Amostra	Região	Médias do <i>engagement</i> (0-6) em enfermeiros		
			Vigor	Dedicação	Absorção
(Correia, 2012)	80 enfermeiros dos cuidados de saúde primários	Distrito do Porto	5,6	5,8	5,4
(Dias, 2012)	1150 enfermeiros de hospitais	Distrito do Porto	3,9	4,3	3,6
(Silva, Queirós, Cameira,	258 profissionais de saúde	Interior Norte de Portugal Continental	4,8	5,0	4,5

Vara e Galvão, 2015)	(73% enfermeiros) de hospitais e centros de saúde				
(Pinto, Jesus, Mendes e Fronteira, 2015)	2235 enfermeiros de hospitais	Portugal Continental Açores e Madeira	Valor superior a 4: Região continental: 53,9% Regiões Autónomas: 50,3%		

Correia (2012) no seu estudo, cuja amostra reunia 128 enfermeiros dos CSP, verificou a relação existente entre suporte social e *engagement*. Verificou que à medida que aumentava a satisfação com a família aumentava a Dedicção no trabalho.

Dias (2012) realizou um estudo, cuja amostra reunia 1150 enfermeiros, para verificar a relação entre o *burnout*, *engagement* e satisfação no trabalho, tendo verificado que existia uma relação negativa entre o *burnout* e o *engagement*, porém positiva entre o *engagement* e a satisfação no trabalho.

Para Silva, Queirós, Cameira, Vara e Galvão (2015), num estudo realizado com 258 profissionais de saúde, dos quais 73% da amostra eram enfermeiros, verificaram que o *engagement* estava negativamente relacionado com o *burnout*. Os mesmos autores verificaram a existência de elevados níveis de *engagement* em todas as dimensões nos profissionais.

Pinto et al. (2015) no seu estudo, envolvendo 2235 enfermeiros verificou que os participantes apresentavam valores médios elevados de *engagement*, porém com níveis diferenciais entre regiões, hospitais e serviços.

A prática de enfermagem é considerada exigente, sendo importante que os profissionais apresentem níveis elevados de *engagement*. Isso conduzirá a maior compromisso com a organização na qual exercem funções, maior produtividade, maior satisfação com o trabalho, qualidade da prática clínica, sendo expectável o alcance de níveis mais elevados de satisfação dos utentes, ou seja, das pessoas que são alvo das intervenções de enfermagem (Queirós, 2018).

3. Metodologia

O objetivo deste capítulo foi precisar a forma como a questão de investigação integrou um desenho, que indicou as atividades a desenvolver no decurso da investigação.

Assim, entende-se que “o capítulo da metodologia destina-se a dar informação sobre os procedimentos gerais usados na pesquisa empírica, os instrumentos utilizados e relatar a maneira como os dados foram recolhidos” (Coutinho, 2011, p.219). Deste modo, esta fase metodológica consistiu no seguimento das etapas preconizadas para um processo de investigação.

Da fase metodológica fez parte os seguintes itens: motivação do investigador; questões de investigação, finalidade e objetivos; população e amostra; tipo de estudos; hipóteses de investigação; instrumentos e procedimentos de recolha de dados; tratamento de dados e procedimentos éticos.

3.1. Motivação do investigador

O interesse e motivação para a sua realização está relacionado com a experiência profissional da mestranda, enquanto enfermeira, no CHSJ, desde março de 2007.

O percurso profissional na Instituição permitiu acompanhar, no decorrer dos últimos anos, a implementação de reformas no sistema de saúde, com introdução de novos valores que entraram em conflito com princípios, pelo menos de uma parte dos profissionais de saúde.

3.2. Questões de investigação, finalidade e objetivos

As questões que orientaram esta investigação são:

- Qual o tipo de *engagement* dos enfermeiros do CHSJ?
- Quais as dimensões do *engagement* mais e menos comprometidas nos enfermeiros do CHSJ?
- Qual a relação entre o absentismo e o *engagement* nos enfermeiros do CHSJ?

Com a finalidade de contribuir para a compreensão do absentismo e do *engagement* do CHSJ, a presente investigação procura determinar o padrão de absentismo e de *engagement* nos enfermeiros do CHSJ, a sua relação e principais causas, na perspetiva dos enfermeiros.

Assim e em alinhamento com as questões de investigação e finalidade definiram-se o objetivo geral e objetivos específicos que de seguida se apresentam.

Objetivo geral

Analisar a relação entre o absentismo e o *engagement* nos enfermeiros do CHSJ e seus determinantes.

Objetivos específicos

Identificar causas do absentismo na Instituição segundo os dados dos recursos humanos;

Caracterizar o fenómeno do absentismo dos enfermeiros do CHSJ em termos de taxa média de dias perdidos de trabalho;

Avaliar o absentismo e o *engagement* dos enfermeiros através dos questionários;

Estudar a relação entre absentismo, o *engagement* e entre estes e as variáveis sociodemográficas abordadas.

3.3. População e amostra

O estudo terá como população alvo os enfermeiros do CHSJ, que em dezembro de 2018 correspondiam a 2286 profissionais de enfermagem, com dois tipos de vínculos profissionais RCTFP e CIT.

A escolha do CHSJ é por conveniência da investigadora, uma vez que se encontra vinculada profissionalmente à Instituição.

Partindo de uma população de enfermeiros a exercer funções no CHSJ (critério de inclusão), usou-se o método de amostragem não probabilístico - amostra de conveniência (Fortin, Côté & Fillion, 2009), dependendo apenas dos enfermeiros que aceitaram responder ao inquérito. Foram entregues 300 questionários por 9 serviços da instituição, nomeadamente: Unidade de Queimados; Internamento de Cirurgia Plástica; Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes; Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes da Urgência; Internamento de Oftalmologia; Internamento de Cardiologia; Unidade de Cardiologia Invasiva; Internamento de Pneumologia; Internamento de Urologia.

A escolha de cada serviço foi aleatória, no entanto a apresentação dos questionários aos enfermeiros ficou dependente da receptividade e disponibilidade das chefias, provocando um enviesamento da amostra. Numa primeira fase foram entregues 150 questionários, em 5 serviços, com um prazo de 3 meses para a sua recolha, a partir de maio de 2018. Como se verificou que muitos não foram preenchidos, foram novamente selecionados mais 4 serviços, entregues mais 150 questionários e acordados mais 3 meses para a respetiva recolha, a partir de agosto de 2018. Passados 6 meses e 300 questionários distribuídos foi possível obter 222 questionários devidamente preenchidos.

3.4. Tipo de estudo

O presente estudo desenvolve-se com uma abordagem de natureza quantitativa, de forma a obter juntos dos enfermeiros e da instituição de trabalho a realidade sobre o absentismo e o *engagement*. Trata-se ainda de um estudo observacional, transversal e analítico-correlacional.

3.5. Hipóteses de investigação

Para este estudo, de acordo com os objetivos, como também todo o enquadramento teórico efetuado das variáveis em questão, foram definidas quatro hipóteses:

H1- O absentismo é influenciado pelo género, habilitações e estado civil.

H2- O *engagement* é influenciado pelo género, habilitações e estado civil.

H3- Quem falta mais ao trabalho apresenta menor *engagement*.

H4- Existe uma associação entre o absentismo e o *engagement*.

3.6 Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

De forma a conseguir obter resultados fiáveis da recolha de dados e devido à revisão bibliográfica realizada, foram escolhidos os seguintes instrumentos, que apresentam consistência e fiabilidade:

- Informações sociodemográficos: aplicação de questionário constituído por 14 questões de carácter individual, académico e profissional (ver anexo E);
- Absentismo:
 - Análise documental e registos informáticos, disponibilizados pelos recursos humanos e pela Direção dos Serviços de Informática (DSI);
 - Aplicação do questionário de Escala de Absentismo Laboral – EFAL, desenvolvido e validado por Murcho e Jesus, 2008, que pretende avaliar a perceção dos colaboradores sobre os fatores de mal-estar relacionados como absentismo laboral, constituído por 19 itens com opção de resposta de acordo com uma escala tipo *Likert* de 6 pontos, variando entre 1 (pouco) e 6 (muito) (ver anexo E). Esta escala é composta por quatro fatores, sob a forma de média aritmética, de acordo com o artigo original (Murcho, 2011): fatores interpessoais e ambiente de trabalho (questões 8, 11, 13, 14, 17 e 18); fatores psicossomáticos e de condições de trabalho (questões 3, 5, 9 e 12); fatores administrativo-laborais (questões 1,2,4 e 6) e fatores de gestão e do tempo da carreira (questões 7, 10, 15 e 16). A pontuação global corresponde à média aritmética de todos os itens da escala.
- *Engagement*:

- Questionário Utrecht Works *Engagement Scale* (UWES) – é uma escala de avaliação do *engagement*, desenvolvida por Bakker e Schaufeli, 2008, traduzida e adaptada por Schaufeli et al, 2002. A validação portuguesa foi realizada por Martins (2013), disponível no projeto de mestrado: validação da versão portuguesa do questionário UWES para medir o *engagement* no trabalho nos profissionais dos cuidados de saúde primários.

A escala é composta por 17 itens que avaliam o estado psicológico positivo dos sujeitos em situações de trabalho. Perante estes itens, os participantes terão que avaliar a frequência com que se identificam com os itens, numa escala de 6 posições que varia entre 1 pontos (pouco) e 6 pontos (muito). Quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de *engagement* com o trabalho (ver anexo E).

O questionário inclui os três fatores constituintes do *engagement* no trabalho: vigor, dedicação e absorção. É composto por 17 questões, seis caracterizam a dimensão vigor (questões: 1, 4, 8, 12, 15 e 17), cinco referem-se à dimensão dedicação (questões: 2, 5, 7, 10 e 13) e as restantes seis medem a dimensão, absorção (questões: 3, 6, 9, 11, 14 e 16), todas sob a forma de média, o mesmo acontece para o cálculo da pontuação global (Freitas, Arruda, & Falqueto, 2017) - ver anexo E.

- A aplicação de ambos os questionários foram devidamente autorizados pelos respetivos autores (ver anexo C e D).

A técnica de recolha de dados a utilizar consistiu em dois processos:

- Recolha de dados sobre o absentismo e respetivas justificações junto dos recursos humanos e DSI, entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017, de forma a obter estudo retrospectivo sobre o perfil do absentismo, através de uma análise quantitativa do absentismo, em termos de dias perdidos e fatores associados;
- Aplicação direta aos indivíduos por parte do investigador de três questionários estruturados, compostos por questões fechadas de forma a avaliar fatores sociodemográficos, absentismo e *engagement*, entre maio e outubro de 2018.

3.7. Tratamento de dados

O tratamento e análise dos dados recolhidos foi realizado com recurso ao *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 25.0, para *Windows*.

Pretendeu-se elaborar análises descritivas de forma a avaliar a distribuição dos dados através das frequências, medidas de tendência central (média, mediana) e medidas de dispersão (desvio-padrão, quartis, mínimo e máximo). Para a análise da relação entre as variáveis e das correlações recorreu-se a testes estatísticos paramétricos e não paramétricos em função do nível de mensuração das variáveis e do estudo da normalidade da distribuição.

Para todos os grupos foi verificado o pressuposto da normalidade. Nos casos em que esta se verificou, usou-se o teste *T de student*, para 2 grupos, e a ANOVA a um fator, para mais do que 2 grupos. Também foram usados estes procedimentos nos casos em que não se verificou a normalidade, mas a dimensão dos grupos (superior a 30) e a ausência de assimetria acentuada permite invocar o Teorema do Limite Central (Marôco, 2011). Nos restantes casos usaram-se as alternativas não paramétricas: o teste de *Mann-Whitney* (2 grupos) e o teste de *Kruskal-Wallis* (mais do que 2 grupos).

Para a análise dos anos de experiência e das subescalas, foram usados testes de correlação entre as diferentes dimensões.

Segundo o artigo original da escala, podem ser criadas 5 categorias de classificação do nível de *engagement*: “Muito alto”, “Alto”, “Médio”, “Baixo” e “Muito Baixo”, cujos limites são definidos através dos percentis 5, 25, 75 e 95 da pontuação total obtida, conforma a tabela 6.

Tabela 6: Classes do nível de *engagement*

	Limite inferior	Limite Superior	Intervalo obtido
Muito alto	Percentil 95 ≤	Score	[5.35;6]
Alto	Percentil 75 ≤	Score < Percentil 95	[4.29;5.35[
Médio	Percentil 25 ≤	Score < Percentil 75	[2.99;4.29[
Baixo	Percentil 5 ≤	Score < Percentil 25	[2.11;2.99[
Muito baixo		Score < Percentil 5	[0;2.11]

Num estudo realizado por Pinto et al. (2015), verificou-se uma elevada consistência interna para o conjunto de itens, com um valor de alfa de *Cronbach* de 0,94. Pode-se verificar o valor de alfa de *Cronbach* relativo ao estudo original e o referente aos quatro estudos portugueses apresentados anteriormente (Tabela 7).

Tabela 7: Alpha de Cronbach para UWES

	Escala UWES	Vigor	Dedicação	Absorção	Total
Estudo Original	Schaufeli & Bakker (2003)	0.72	0.89	0.73	0.83
	Marques Pinto & Picado (2011) ^a	0.67	0.66	0.56	-
	Dias (2012) ^b	0.82	0.87	0.79	-
Estudos Portugueses	Correia (2012) ^c	0.78	0.84	0.78	0.82
	Silva, Queirós, Cameira, Vara & Galvão (2015) ^d	0.79	0.88	0.77	-

Fonte: Pinto et el (2015)

Na exploração, classificação e análise dos resultados seguiram-se princípios e regras, sendo eles: exaustividade (abranger, por completo, o conjunto das unidades de sentido), exclusividade (uma unidade de registo não permanecer em mais do que uma categoria); homogeneidade (as

categorias devem referir-se a um único tipo de análise); pertinência (adaptação da categorias aos objetivos da investigação e ao material em análise); objetividade (evitar-se a subjetividade na formulação das categorias, tornando-a utilizável por vários investigadores) e a produtividade (permitir a possibilidade de uma análise fértil, criadora de novos discursos) (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

3.8. Procedimentos éticos

Para a aplicação dos questionários foi formalizado um pedido de autorização ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHSJ (ver anexo A e B).

Após autorização, para a recolha de informação foi formalizado um outro pedido, este à Direção de Recursos Humanos (DRH), no qual foram identificadas as variáveis pertinentes a medir: a taxa de absentismo nos profissionais de enfermagem e os motivos, para nova autorização, esta feita junto da direção dos serviços informáticos (DSI).

A aplicação dos questionários implicou também contato prévio com os enfermeiros chefes de cada serviço, com apresentação do estudo e respetiva autorização.

Uma vez autorizado, todos os enfermeiros dos serviços que participaram foram convidados a contribuir para o estudo, de maneira espontânea. Importante ressaltar que, uma vez explicado a todos a finalidade do estudo e garantida a confidencialidade e o anonimato das respostas, foi assegurado a todos o direito de não participarem do trabalho, sem qualquer tipo de penalização.

Os dados colhidos foram armazenados em arquivo confidencial, de acesso exclusivo dos responsáveis pela pesquisa, sendo resguardado o sigilo das informações, bem como o anonimato dos sujeitos. O trabalho final poderá ser disponibilizado no repositório da biblioteca do CHSJ, como material de pesquisa e estudo, assegurando que a Instituição e os indivíduos da pesquisa não serão estigmatizados ou identificados. Desta forma, é importante salientar que, foram retirados do inquérito questões que pudessem identificar os sujeitos

4. Apresentação de resultados da investigação

4.1. Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 222 indivíduos, com idades compreendidas entre os 23 e os 56 anos (M=36.7, DP=6.9), dos quais a maioria era do género feminino (N=152; 68.5%). Em termos de estado civil, 74.3% eram casados ou em união de facto, sendo que a maioria (59%) tinham licenciatura como nível de habilitações (Tabela 8).

Tabela 8: Frequências das variáveis género, estado civil e habilitações literárias

		N	Percentagem
Género	Feminino	152	68.5%
	Masculino	70	31.5%
Estado Civil	Solteiro(a)	54	24.3%
	Casado(a) / União de facto	165	74.3%
	Divorciado(a) / Separado(a)	3	1.4%
Habilitações Literárias	Bacharelato	3	1.4%
	Licenciatura	131	59.0%
	Pós-graduação	35	15.8%
	Especialidade	34	15.3%
	Mestrado ou Doutoramento	19	8.6%

Em termos profissionais, 125 dos enfermeiros inquiridos estavam em regime de trabalho sem termo (56.3%), em maioria sem cargo de chefia (91.0%) praticamente todos com remunerações entre os 1000€ e 1499€ (86.9%), principalmente em horários de 35 horas semanais (77.9%). Ao realizar horas extraordinárias, 71.6% referiu receber pelas mesmas, existindo poucos enfermeiros com um segundo emprego (39.2%). Em termos de faltas, 64.9% referiu nunca ter faltado no último ano e 82.4% no último mês (Tabela 9).

Tabela 9: Frequências das variáveis referentes às condições de trabalho

		N	Percentagem
Situação laboral	Regime de contrato de trabalho em funções públicas	76	34.2%
	Contrato de trabalho a termo	21	9.5%
	Contrato de trabalho sem termo/tempo indeterminado	125	56.3%
Remuneração	500-999€	21	9.5%
	1000-1499	193	86.9%

	1500-1999€	8	3.6%
Horário Semanal	35 horas	173	77.9%
	>35 horas	49	22.1%
Recebe horas extraordinárias efetuadas?	Não	63	28.4%
	quando Sim	159	71.6%
Cargo de coordenação	Não	202	91.0%
	Sim	20	9.0%
Rotatividade de horário	Não	24	10.8%
	Sim	198	89.2%
Duplo emprego	Não	135	60.8%
	Sim	87	39.2%
No último ano faltou ao serviço?	Nunca	144	64.9%
	Raramente	49	22.1%
	Algumas vezes	18	8.1%
No último mês faltou ao serviço?	Bastantes vezes	11	5.0%
	Nunca	183	82.4%
	Raramente	23	10.4%
	Algumas vezes	12	5.4%
	Bastantes vezes	4	1.8%

4.2. Fatores relativos a condições de trabalho

As condições de trabalho dos enfermeiros constituintes da amostra englobam os indicadores que dizem respeito ao tipo contrato, remuneração, tipo de horário, entre outros.

Em termos de absentismo total, na tabela 10, destacam-se efetivamente as variáveis de faltas no último mês e no último ano, onde as pontuações totais médias são mais elevadas (4.17 no último ano e 3.87 no último mês), pelo que se avaliou a existência de uma possível correlação.

Tabela 10: Frequências, média e desvio-padrão do absentismo segundo fatores relativos às condições de trabalho

	n	Percentagem	Média (DP)
Situação laboral	76	34.2%	2.80 (1.28)
Regime de contrato de trabalho em funções públicas	21	9.5%	2.98 (0.94)
Contrato de trabalho a termo			

	Contrato de trabalho sem termo/tempo indeterminado	125	56.3%	2.69(1.30)
Remuneração	500-999€	21	9.5%	2.72(1.43)
	1000-1499	193	86.9%	2.77(1.26)
	1500-1999€	8	3.6%	2.49(0.74)
No último ano faltou ao serviço?	Nunca	144	64.9%	2.65(1.19)
	Raramente	49	22.1%	2.49(1.40)
	Algumas vezes	18	8.1%	3.43(0.97)
No último mês faltou ao serviço?	Bastantes vezes	11	5.0%	4.17(0.70)
	Nunca	183	82.4%	2.62(1.24)
	Raramente	23	10.4%	3.18(1.39)
	Algumas vezes	12	5.4%	3.66(0.83)
	Bastantes vezes	4	1.8%	3.87(0.26)

Para as variáveis horário semanal, horas extraordinárias, duplo emprego, cargo de chefia e rotatividade de horário, a amostra apresentou níveis medianos baixos (3 ou menos) de absentismo nos diferentes grupos das variáveis, com médias abaixo dos 3.05 (Tabela 11), indicando a presença de um absentismo moderado/baixo.

Tabela 11: Frequências, média e desvio padrão para absentismo segundo horário semanal, horas extraordinárias, duplo emprego, cargo de chefia e rotatividade de horário

		n	Percentagem	Média (DP)
Horário Semanal	35 horas	173	77.9%	2.67 (1.23)
	>35 horas	49	22.1%	3.05 (1.34)
Recebe horas extraordinárias quando efetuadas?	Não	63	28.4%	2.79 (1.18)
	Sim	159	71.6%	2.74 (1.29)
Duplo emprego	Não	135	60.8%	2.73 (1.36)
	Sim	87	39.2%	2.78 (1.11)
Cargo de chefia/ coordenação	Não	202	91.0%	2.74 (1.24)
	Sim	20	9.0%	2.89 (1.50)
Rotatividade de horário	Não	24	10.8%	2.97 (1.25)
	Sim	198	89.2%	2.73 (1.26)

4.3. Absentismo e *Engagement*

Neste capítulo encontram-se as análises das duas escalas deste estudo: EFAL e UWES. Inicialmente apresenta-se uma análise descritiva dos itens constituintes das escalas, seguida a análise de confiabilidade das mesmas e por fim, os testes de hipóteses e análise de correlação realizados.

4.3.1. Escala de Fatores de Absentismo Laboral (EFAL)

Dos itens da primeira subescala, os itens obtiveram médias abaixo do nível 3, com exceção do item 18 (desmotivação), indicando que os fatores interpessoais e ambiente de trabalho foram considerados moderadamente a pouco frequentes (tabela 12).

Tabela 12: Frequências absolutas, média e desvio-padrão dos itens da subescala EFAL 1

EFAL 1 - Fatores interpessoais e ambiente de trabalho	1	2	3	4	5	6	Média	Desvio-padrão
	n	n	n	n	n	n		
Q8. Problemas com os colegas	108	34	37	27	10	6	2.17	1.399
Q11. Problemas com os superiores hierárquicos	113	43	28	24	11	3	2.04	1.318
Q13. Não gostar das funções desempenhadas	101	61	27	21	8	4	2.04	1.254
Q14. Instabilidade laboral	101	33	44	18	20	6	2.28	1.466
Q17. Mau ambiente de trabalho	79	48	33	36	20	2	2.43	1.404
Q18. Desmotivação	68	35	33	25	31	30	3.03	1.812

Na subescala de fatores psicossomáticos e de condições de trabalho, o item mais pontuado, em termos médios, foi a questão 5 (cansaço), com média 3.68, seguido da sobrecarga de trabalho, com média 3.3, seguido do *stress* e ansiedade (média 3.26) indicando que estes fatores estavam presentes com alguma frequência (Tabela 13).

Tabela 13: Frequências absolutas, média e desvio-padrão dos itens da subescala EFAL 2

EFAL 2 - Fatores psicossomáticos e de condições de trabalho	1	2	3	4	5	6	Média	Desvio-padrão
	n	n	n	n	n	n		
Q3. Stresse e ansiedade	51	34	35	45	22	35	3.26	1.742
Q5. Cansaço	48	24	20	34	51	45	3.68	1.850
Q9. Sobrecarga de trabalho	60	22	26	45	44	25	3.30	1.765
Q12. Trabalho por turnos	105	23	12	39	30	13	2.57	1.752
Q19. Deficientes condições físicas de trabalho	89	35	34	43	16	5	2.45	1.466

Para a subescala fatores administrativo-laborais, sobressaiu a baixa remuneração, com média 3.62, a mais alta deste conjunto, seguida da falta de reconhecimento profissional pelos outros, já com média 2.91 (tabela 14).

Tabela 14: Frequências absolutas, média e desvio-padrão dos itens da subescala EFAL 3

EFAL 3 - Fatores administrativo-laborais	1	2	3	4	5	6	Média	Desvio-padrão
	n	n	n	n	n	n		
Q1. Insatisfação com a organização dos serviços	85	28	26	46	29	8	2.68	1.620
Q2. Falta de reconhecimento profissional pelos outros	83	30	16	33	36	24	2.91	1.846
Q4. Sentir-me injustiçado no serviço/instituição onde trabalho	72	44	24	30	36	16	2.83	1.706
Q6. Baixa remuneração	64	25	10	24	31	68	3.62	2.080

Na última subescala, na tabela 15, fatores de gestão do tempo e da carreira, o problema mais referido, em termos médios, foi a necessidade de resolver assuntos burocráticos ($M=3.18$; $DP=1.636$), em conjunto com a necessidade de tempo para formação contínua/pós-graduada ($M=3.05$; $DP=1.761$).

Tabela 15: Frequências absolutas, média e desvio-padrão dos itens da subescala EFAL 4

EFAL 4 - Fatores de gestão do tempo e da carreira	1	2	3	4	5	6	Média	Desvio-padrão
	n	n	n	n	n	n		
Q7. Necessidade de tempo para formação contínua/pós-graduada	63	34	38	31	27	29	3.05	1.761
Q10. Necessidade de resolver assuntos burocráticos pessoais inadiáveis	49	35	36	55	22	25	3.18	1.636
Q15. Realização de atividades de lazer que não podem ser realizadas durante as férias ou folgas	123	22	24	26	19	8	2.19	1.566
Q16. Sentir que estagnei na carreira	92	37	16	33	20	24	2.66	1.790

Em termos do valor médio de cada subescala e da escala total, estas obtiveram valores entre 1 e 6, compreendendo a totalidade da escala, com desvios-padrão de cerca de 1 unidade. Nas subescalas, as medianas encontram-se perto dos 3 valores, ou seja, metade da amostra obteve valores abaixo deste nível. Destas, as que obtiveram pontuações mais elevadas foram a EFAL 2 ($M=3.05$; $DP=1.43$) e a EFAL 3 ($M=3.01$; $DP=1.66$), sendo que estas diferenças não são significativas ($t=0.705$; $p=0.482$), indiciando que os fatores de maior influência no absentismo poderão ser os administrativo-laborais e os psicossomáticos e de condições de trabalho (Tabela 16).

Tabela 16: Medidas de tendência central e de dispersão para a escala EFAL

	Média	Desvio- padrão	Mínimo	Quartil 1	Mediana	Quartil 3	Máximo
EFAL1	2.35	1.17	1.00	1.00	2.17	3.33	5.67
EFAL2	3.05	1.43	1.00	1.60	3.20	4.40	6.00
EFAL3	3.01	1.66	1.00	1.00	3.13	4.50	6.00
EFAL4	2.77	1.30	1.00	1.75	2.50	4.00	6.00
Total EFAL	2.75	1.26	1.00	1.32	2.89	3.89	5.11

4.3.2. Escala Utrecht Works Engagement Scale (UWES)

Segunda esta escala, quem pontua um valor alto no Vigor será alguém com bastante energia e entusiasmo no trabalho.

Neste caso, para a amostra, surgiu a questão 17 com a maior média, referente à perseverança no trabalho, com valor 4.27, seguida da resistência mental (questão 15), com média 3.9 (Tabela 17).

Tabela 17: Frequências absolutas, média e desvio-padrão dos itens da subescala Vigor da escala UWES

Vigor	1	2	3	4	5	6	Média	Desvio- padrão
	n	n	n	n	n	n		
Q1. No meu trabalho sinto-me cheio(a) de energia	12	37	71	61	26	13	3.41	1.226
Q4. No meu trabalho sinto-me com força e vigor	16	37	59	60	32	18	3.49	1.341
Q8.Quando me levanto de manha apetece-me ir trabalhar	49	37	56	57	15	8	2.89	1.378
Q12. Sou capaz de ficar a trabalhar por períodos de tempo muito longos	33	38	45	37	41	28	3.45	1.618
Q15. Sou uma pessoa com muita resistência mental no meu trabalho	10	21	51	58	63	19	3.90	1.280
Q17.No meu trabalho sou sempre perseverante (não desisto), mesmo quando as coisas não estão a correr bem	7	8	47	52	72	36	4.27	1.244

A Dedicção traduz o nível de significado do trabalho de cada um, bem como o orgulho e inspiração sentidos no dia-a-dia. A nível estatístico, a questão que mais se destacou foi a questão 2: “Acho que o meu trabalho tem muito significado e utilidade”, com uma média bastante superior às restantes (5.09), indicando que este sentimento foi sentido com alta frequência nos inquiridos (Tabela 18).

Tabela 18: Frequências absolutas, média e desvio-padrão dos itens da subescala Dedicção da escala UWES

Dedicção	1	2	3	4	5	6	Média	Desvio- padrão
	n	n	n	n	n	n		
Q2. Acho que o meu trabalho tem muito significado e utilidade	1	4	24	19	70	104	5.09	1.103
Q5. Estou entusiasmado(a) com o meu trabalho	17	42	65	47	34	17	3.41	1.361
Q7. O meu trabalho inspira-me	14	47	59	63	19	20	3.39	1.326
Q10. Estou orgulhoso(a) do que faço neste trabalho	2	23	36	54	51	56	4.34	1.338
Q13. O meu trabalho é desafiante para mim	13	27	54	47	45	36	3.86	1.449

A Absorção é medida através de 6 questões que dizem respeito ao sentimento de felicidade quando trabalham intensamente e as dificuldades em desligar-se no mesmo. A maioria das questões obteve pontuações médias acima dos 3 valores, indicando níveis de absorção moderados. No entanto, a questão 3 (“O tempo passa a voar quando estou a trabalhar”), aparece acima deste valor, com média 4.11 (Tabela 19).

Tabela 19: Frequências absolutas, média e desvio-padrão dos itens da subescala Absorção da escala UWES

Absorção	1	2	3	4	5	6	Média	Desvio- padrão
	n	n	n	n	n	n		
Q3. O tempo passa a voar quando estou a trabalhar	6	17	45	67	52	35	4.11	1.270
Q6. Quando estou a trabalhar esqueço tudo o que se passa à minha roda	23	35	88	45	28	3	3.13	1.179
Q9. Sinto-me feliz quando estou a trabalhar intensamente	38	49	69	42	14	10	2.89	1.322
Q11. Estou imerso(a) no meu trabalho	1	41	85	40	46	9	3.52	1.144
Q14. “Deixo-me ir” quando estou a trabalhar	17	43	80	48	23	11	3.23	1.238
Q16. É difícil desligar-me do meu trabalho	44	59	31	45	25	18	3.01	1.566

Calculadas as pontuações de cada subescala, observou-se que o Vigor médio foi de cerca de 3.6 (DP=1.03), indicando que os inquiridos referiram sentir energia no seu trabalho de forma moderadamente acentuada. Na Dedicção, a média obtida foi de aproximadamente 3, traduzindo que os inquiridos se sentem desafiados e inspirados no seu trabalho de forma moderada. O mesmo aconteceu na Absorção, com média 2.9, ou seja, os inquiridos indicaram sentir um nível de imersão no trabalho algo acentuado (Tabela 20).

Tabela 20: Medidas de tendência central e de dispersão para a escala UWES

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Quartil 1	Mediana	Quartil 3	Máximo
Vigor	3.57	1.03	1.17	2.83	3.50	4.33	6.00
Dedicação	2.97	1.31	1.00	1.60	3.20	4.20	5.40
Absorção	2.86	1.38	1.00	1.33	3.00	4.17	5.50
total_UWES	3.61	.90	1.71	3.00	3.47	4.29	5.76

4.4. Confiabilidade

A escala EFAL apresenta-se sob a forma de pontuação global e de subescalas: EFAL 1 (fatores interpessoais e ambiente de trabalho), EFAL 2 (fatores psicossomáticos e de condições de trabalho), EFAL 3 (fatores administrativo-laborais) e EFAL 4 (fatores de gestão do tempo e da carreira). Em termos de confiabilidade, medida pelo *Alfa de Cronbach*, obtiveram-se valores dentro do esperado (Tabela 21), com alta consistência interna (*Alfa de Cronbach*>0.8) (Pestana e Gagueiro, 2008).

Tabela 21: Alfa de Cronbach para a escala de absentismo EFAL

	n	Alfa de Cronbach
EFAL1	6	0.892
EFAL2	5	0.890
EFAL 3	4	0.933
EFAL 4	4	0.769
Global	19	0.959

A escala de *engagement* UWES é constituída por 17 itens, os quais foram agrupados em 3 dimensões, sob a forma de média, de acordo com o manual: Vigor, Dedicação e Absorção. Para as 3 subescalas e para a pontuação global foram calculados os índices de consistência interna, verificando-se uma grande fiabilidade (Tabela 22), com *Alfa de Cronbach*>0.8 (Pestana e Gagueiro, 2008).

Tabela 22: Alfa de Cronbach para a escala de *engagement* (UWES)

	N	Alfa de Cronbach
Vigor	6	0.850
Dedicação	5	0.856
Absorção	6	0.804
Global	17	0.926

5. Estudo das hipóteses

Foram analisadas as pontuações médias totais de cada escala segundo os fatores sociodemográficos.

Para avaliar a influência dos fatores sociodemográficos no índice de absentismo, foram realizados testes de comparação de médias para a pontuação global da escala.

Para avaliar a relação entre os fatores sociodemográficos e das condições de trabalho com o *engagement* utilizaram-se, para além das pontuações médias totais, testes paramétricos e não paramétricos.

Posteriormente foi feita uma análise de associação entre as subescalas de absentismo e *engagement*.

5.1. Fatores Sociodemográficos

No caso da variável - género, assumem-se variâncias iguais, uma vez que não se rejeita a hipótese de igualdade das mesmas no teste de *Levene* ($F=0.024$; $p\text{-value}=0.877$). Assim, de acordo com a tabela 23, o teste *T de Student* não permite rejeitar H_0 , ou seja, não se verificam diferenças no absentismo total entre homens e mulheres, com um $p\text{-value}$ superior a 5%.

Tabela 23: Teste *T de Student* para comparação do nível médio de absentismo segundo género

		N	Média (DP)	<i>T Student</i>	<i>p-value</i>
EFAL (total)	Feminino	152	2.72 (1.28)	-0.551	0.583
	Masculino	70	2.82 (1.23)		

* $p\text{-value} < 0.05$

Para o Estado Civil, o teste de *Kruskal-Wallis* obteve um $p\text{-value}$ 0.012, inferior a 5%: há evidências de que o nível de absentismo difere significativamente, pelo menos num dos grupos, consoante o estado civil, o mesmo não se verifica para os níveis de Habilitações Literárias (tabela 24).

Tabela 24: Teste de *Kruskal-Wallis* para o estado civil e habilitações literárias

		n	Ordem Média	H	<i>p-value</i>
Estado Civil	Solteiro(a)	54	122.28	8.912	0.012*
	Casado(a) / União de facto	165	106.38		
	Divorciado(a) / Separado(a)	3	204.50		
Habilitações Literárias	Bacharelato	3	88.67	1.154	0.886
	Licenciatura	131	110.22		
	Pós-graduação	35	117.27		

Especialidade	34	116.49
Mestrado ou Doutoramento	19	104.37

*p-value<0.05

O teste de *Kruskal-Wallis* não permite identificar quais os grupos que diferem significativamente entre si. De acordo com Maroco (2011), para este efeito, pode-se efetuar uma comparação das ordenações médias *LSD de Fisher*. Assim, deve-se criar uma nova variável que indique a ordenação de cada valor e proceder a uma ANOVA a um fator para comparar as medianas resultantes. Deste modo, pela tabela 25, podemos observar que o grupo divorciado/ separado apresenta níveis de absentismo significativamente superiores aos dos outros grupos, com *p-value* inferiores a 5%.

Tabela 25: Teste de comparações múltiplas de LSD para a pontuação EFAL segundo estado civil

(I) Estado Civil	(J) Estado Civil	Diferença (I-J)	Erro Padrão	p-value
Solteiro(a)	Casado(a) / União de facto	15.995960	9.902323	.108
	Divorciado(a) / Separado(a)	-82.222222*	37.465696	.029*
Casado(a) / União de facto	Solteiro(a)	-15.995960	9.902323	.108
	Divorciado(a) / Separado(a)	-98.218182*	36.796450	.008*
Divorciado(a) / Separado(a)	Solteiro(a)	82.222222*	37.465696	.029*
	Casado(a) / União de facto	98.218182*	36.796450	.008*

*p-value <0.05

Os anos de experiência profissional não apresentam nenhuma correlação significativa com o absentismo, com *p-value* superior a 5%.

5.2. Análise do *engagement* (escala UWES) - Fatores sociodemográficos

Ao avaliar total da escala *UWES*, segundo o género e assumindo a homogeneidade de variâncias ($F=0.019$; $p\text{-value}=0.890$), o teste *T de Student* alcança a significância estatística, ou seja, há evidências de que o *engagement* nos homens seja significativamente superior ao das mulheres (Tabela 26).

Tabela 26: Teste *T- Student* para comparação do *engagement* total segundo género

		N	Média (DP)	<i>T Student</i>	p-value
<i>UWES</i> (total)	Feminino	152	3.46 (0.86)	-3.680	p<0.001 *
	Masculino	70	3.93 (0.89)		

O mesmo não se verificou no teste de *Kruskal-Wallis*, onde não se alcançou a significância estatística que permita concluir que haja diferenças no *engagement* por Estado Civil nem nas Habilitações Literárias (Tabela 27).

Tabela 27: Teste de *Kruskal-Wallis* para o estado civil e habilitações

		n	Ordem Média	H	p-value
Estado Civil	Solteiro(a)	54	101.02		
	Casado(a) / União de facto	165	114.76	1.930	0.381
	Divorciado(a) / Separado(a)	3	121.00		
Habilitações Literárias	Bacharelato	3	68.17		
	Licenciatura	131	105.58		
	Pós-graduação	35	119.24	6.967	0.138
	Especialidade	34	113.82		
	Mestrado ou Doutoramento	19	140.71		

literárias *p-value <0.05

5.3. Análise do *engagement* (escala UWES) - Fatores relativos a condições de trabalho

Para a pontuação da escala *UWES*, encontramos médias entre 2.68 e 5.16. Em termos de situação laboral, a amostra apresentou maior *engagement* médio na classe dos contratos a termo (M=3.87, DP=1.19), na classe de remunerações na ordem dos 1500-1999 euros, (M=4.92; DP=0.79). Em termos de faltas no último mês e no último ano, aqueles que apresentaram menos faltas, apresentam maior *engagement*, com médias 3.75 e 3.79, respetivamente (tabela 28).

Tabela 28: Frequências, média e desvio-padrão para o total *engagement* segundo situação laboral, remuneração, faltas no último mês e no último ano

		n	Percentagem	Média (DP)
Situação laboral	Regime de contrato de trabalho em funções públicas	76	34.2%	3.51(0.89)
	Contrato de trabalho a termo	21	9.5%	3.87(1.19)
	Contrato de trabalho sem termo/tempo indeterminado	125	56.3%	3.63(0.84)
Remuneração	500-999€	21	9.5%	3.55 (0.80)
	1000-1499	193	86.9%	3.56 (0.87)
	1500-1999€	8	3.6%	4.92 (0.79)
No último ano faltou ao serviço?	Nunca	144	64.9%	3.79(0.85)
	Raramente	49	22.1%	3.48(0.93)
	Algumas vezes	18	8.1%	2.68(0.67)

	Bastantes vezes	11	5.0%	3.27(0.46)
No último mês faltou ao serviço?	Nunca	183	82.4%	3.75(0.87)
	Raramente	23	10.4%	2.72(0.56)
	Algumas vezes	12	5.4%	3.11(0.76)
	Bastantes vezes	4	1.8%	3.69(0.38)

Considerando as variáveis relativas às faltas (no último mês e ano) como variáveis ordinais, calculou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*. Assim, detetou-se a existência de correlações negativas significativas e moderadas nos dois casos, ou seja, há evidências de que um maior número de faltas no último mês e no último ano está significativamente associado a níveis mais baixos de *engagement* (tabela 29).

Tabela 29: Coeficiente de Correlação de Spearman entre total EFAL e faltas no último ano e mês

Spearman's rho	No último ano faltou ao serviço?	No último mês faltou ao serviço?
<i>Total UWES</i>	R=-0.31 (p<0.001)	R=-0.337 (p<0.001)

Nas variáveis horário semanal, horas extraordinárias e duplo emprego, obtiveram-se pontuações totais de *engagement* médios entre 3 e 4, traduzindo níveis moderados de entusiasmo no trabalho (tabela 30).

Tabela 30: Frequências, média e desvio-padrão para o total de *engagement* segundo horário semanal, horas extraordinárias e duplo emprego

		n	Percentagem	Média (DP)
Horário Semanal	35 horas	173	77.9%	3.61 (0.89)
	>35 horas	49	22.1%	3.61 (0.93)
Recebe horas extraordinárias quando efetuadas?	Não	63	28.4%	3.65 (1.07)
	Sim	159	71.6%	3,59 (0.82)
Duplo emprego	Não	135	60.8%	3.34 (0.78)
	Sim	87	39.2%	4.04 (0.91)

5.4. Comparação entre absentismo e *engagement*

Para avaliar uma possível associação entre o absentismo e o *engagement*, calcularam-se os coeficientes de correlação. Posteriormente, categorizou-se o *engagement* em 5 níveis e comparou-se o nível de absentismo entre os mesmos através do teste de *Kruskall-Wallis*.

5.5. Correlações entre variáveis

Dado que as pontuações médias de cada escala são variáveis quantitativas que verificaram a normalidade, calcularam-se os coeficientes de correlação de *Pearson*, cujos resultados se encontram na tabela 31. Assim, encontramos uma correlação significativa, e negativa, entre a Dedicção e as subescalas EFAL 1, ainda que de forma moderada, ou seja, quando os fatores interpessoais e ambiente de trabalho estão mais presentes, estão associados a uma menor Dedicção, de forma moderada.

Tabela 31: Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as subescalas EFAL e as dimensões UWES

		Vigor	Dedicção	Absorção
EFAL1	R	-.088	-0.160*	-.008
	<i>p-value</i>	.196	.018*	.907
EFAL2	R	-.041	-.029	.132
	<i>p-value</i>	.542	.669	.050
EFAL3	R	-.021	-.121	.057
	<i>p-value</i>	.756	.071	.395
EFAL4	R	-.022	-.063	.066
	<i>p-value</i>	.744	.349	.330

* $p < 0.01$

5.6. Tipo de engagement

Ao analisar o absentismo nos diferentes tipos de *engagement*, e dado que os mesmos não verificam a normalidade, realizou-se o teste de *Kruskal-Wallis*, não se tendo obtido resultados significativos (Tabela 32).

Tabela 32: Teste de *Kruskal-Wallis* para o nível de *engagement* segundo tipo de *engagement*

Tipo de <i>Engagement</i>	n	Ordem média	H	<i>p-value</i>
Muito Baixo	13	106.88		
Baixo	42	133.54		
Médio	111	103.42	6.841	0.145
Alto	43	113.21		
Muito alto	13	108.27		

6. Análise e discussão de resultados

Neste capítulo pretende-se fazer uma análise dos resultados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados.

Em termos de sistematização, tem-se por base a ordem das questões de investigação definidas, seguida das hipóteses de investigação selecionadas. Pretende-se apresentar uma discussão crítica através da reflexão sobre os resultados, em articulação com a evidência produzida em outras investigações, quando encontradas.

Com a finalidade de contribuir para a compreensão do absentismo e do *engagement* do CHSJ, a presente investigação procura determinar o padrão de absentismo e de *engagement* nos enfermeiros do CHSJ, a sua relação e principais causas, na perspetiva dos enfermeiros.

Em relação à primeira questão de investigação, que pretende saber qual o tipo de *engagement* dos enfermeiros do CHSJ, neste estudo os enfermeiros do CHSJ apresentaram uma média \pm desvio padrão (DP) de $3,61 \pm 0,90$, ou seja, apresentaram um *engagement* considerado médio. Nos outros estudos abordados, os enfermeiros apresentaram valores de *engagement* superiores (Tabela 5).

Este resultado merece especial atenção, uma vez que é importante tentar perceber o que está intrínseco ao *engagement*.

As exigências do trabalho de enfermagem, segundo Keyko et al. (2016), são caracterizadas por pressão e carga do trabalho, ambiente adverso, exigências físicas e mentais e exigências emocionais.

Nos enfermeiros desta amostra do CHSJ é a dimensão Vigor que apresenta valor mais elevado é de 3.57 (DP=1.03), indicando que os inquiridos referiram sentir energia no seu trabalho de forma moderadamente acentuada. Comparando com outros estudos sobre o *engagement* com enfermeiros Portugueses (tabela 5), a dimensão Dedicção surge como a mais pontuada

Neste estudo, referido anteriormente, os fatores de maior influência no absentismo foram os administrativo-laborais e os psicossomáticos e de condições de trabalho, ou seja, estão totalmente relacionados com as exigências referidas anteriormente, segundo keyko et al (2016).

Para fazer face a estas exigências e de acordo com os resultados obtidos neste estudo, o CHSJ tem de enfrentar uma classe profissional cuja insatisfação é significativa ($2,68 \pm 1,620$), com enfermeiros desmotivados ($3,03 \pm 1,812$) e cansados ($3,68 \pm 1,850$) e apresentando uma insatisfação com a valorização e remuneração elevadas ($3,62 \pm 2,080$).

Em particular, a Dedicção e a Absorção no trabalho aparecem positivamente correlacionadas com todos os fatores de absentismo, acontecendo o inverso no Vigor, sugerindo que quanto mais frequentes estes fatores, menos entusiasmo e energia terão no seu dia-a-dia.

Constata-se assim, a possível existência de recursos de trabalho deficitários. A conjuntura da liderança com o desequilíbrio entre as exigências e os recursos disponíveis, podem, pelo menos em parte explicar, os resultados do *engagement*.

No estudo, as maiores fontes de *engagement* estavam relacionadas com o significado e utilidade do trabalho com um valor alto de *engagement* ($5,09 \pm 1,103$), assim como estar orgulhoso do que faço neste trabalho ($4,34 \pm 1,338$); a perseverança no trabalho ($4,27 \pm 1,244$) surgem também com valores altos de *engagement* e o tempo passar a voar quando se está a trabalhar com valor médio de *engagement* ($4,11 \pm 1,270$). Estes resultados corroboram com outras investigações, embora os valores do estudo sejam ligeiramente inferiores (Borges et al., 2017; Maio, 2016; Pinto et al., 2015; Silva et al., 2015).

Os resultados do estudo sugerem assim que os enfermeiros da amostra encararam a sua profissão com elevado sentido de pertença e lhe atribuíram um elevado valor, mantendo-se dedicados e comprometidos com a sua profissão. Segundo Dias (2012) a enfermagem é composta por profissionais que têm o compromisso de servir e cuidar das pessoas, dedicados e comprometidos com a sua vocação social assumida com as pessoas, logo que se tornam enfermeiros.

As fontes que originaram menor *engagement* estavam relacionadas com a vontade de ir trabalhar quando se levanta ($2,89 \pm 1,378$) e ao sentimento de felicidade quando trabalham intensamente ($2,89 \pm 1,322$) e as dificuldades em desligar-se no mesmo ($3,01 \pm 1,556$). O trabalho dos enfermeiros nomeadamente em ambiente hospitalar é extremamente desgastante e stressante. Como refere Freitas e Bernardino (2016), face ao trabalho por turnos, com as consequências nefastas para a saúde já estudadas, sobrecarga de trabalho e aumento de exigências, não existe nem força nem vontade de trabalhar por períodos muito longos. Aliás, como concluíram Ora, Griffiths, Ball, Simon e Aiken (2015) no seu estudo, longas horas de trabalho (>12h) em enfermeiros do hospital está associado a alguns resultados adversos, nomeadamente, altos níveis de *burnout* e pode representar riscos acrescidos na segurança dos doentes e enfermeiros. Apesar de se verificar a existência de alguma dificuldade em encarar o novo dia de trabalho, podendo exprimir menos vigor, esta no entanto não se refletiu na apreciação do dia de trabalho, pois o item “O tempo passa a voar quando estou a trabalhar” apresenta uma pontuação de $4,11 \pm 1,270$. Deste modo a dimensão com menor média é a da ‘Absorção’, refletindo muitas vezes a vontade que o enfermeiro tem que termine o seu turno para ir descansar. Mais uma vez estes resultados assemelham-se aos estudos realizados por outros autores. E desta forma foi possível responder à segunda questão de investigação sobre as dimensões do *engagement* mais e menos comprometidas nos enfermeiros do CHSJ.

Em relação à terceira e última questão de investigação, não foi possível encontrar nenhuma relação significativa entre o absentismo e o *Engagement*. No entanto, e apresentado mais à frente, através da análise da correlação entre as variáveis, foi possível concluir que existe uma

relação negativa entre fatores de absentismo ligados a fatores interpessoais e de ambiente de trabalho associados a uma menor Dedicção, de forma moderada.

Em conformidade, e passando às hipóteses de investigação definidas, com este estudo foi possível concluir da H1 que o absentismo global não parece depender de fatores sociodemográficos, apenas do estado civil, onde o grupo de divorciados e separados aparecem com um nível superior de absentismo e os solteiros no nível inferior.

Foram encontradas diferenças significativas no absentismo segundo o estado civil, onde os divorciados/separados apresentam níveis superiores de absentismo relativamente aos restantes.

De facto, a idade e o género, são elementos importantes na análise do absentismo, na medida em que o mesmo não pode ser dissociado do quotidiano da vida dos colaboradores, mas também está impregnado de elementos relacionados com as condições psicossociais do trabalho e pessoais, como salientam Peiró *et al.* (2008).

Em particular, Murcho (2006) no seu estudo definiu uma hipótese semelhante entre absentismo e variáveis sociodemográficas e dos resultados foi possível concluir que existe influência das variáveis sociodemográficas no absentismo laboral, sendo os enfermeiros mais velhos, com mais tempo de serviço na profissão e no atual serviço, com menos habilitações, e que têm filhos, aqueles que apresentam um maior absentismo no trabalho, e que são os sujeitos solteiros aqueles que apresentam menor absentismo, havendo também relação entre o tipo de serviço onde trabalham e o aumento do absentismo.

Estes resultados acompanham os dados disponibilizados pelo relatório de contas do CHSJ, de 2017, no qual a taxa de absentismo dos enfermeiros foi de 11,39%, apresentando como principais causas: doença, licenças por risco clínico na gravidez e licença parental, que se traduziu em cerca de 28 dias de ausência.

No presente estudo não foi possível obter as mesmas conclusões, uma vez que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a idade e as habilitações literárias sobre o absentismo, sendo apenas coincidente o fato do grupo dos solteiros apresentar menor nível de absentismo. Estas diferenças podem estar relacionadas com a forma como foi elaborado o questionário sociodemográfico, uma vez que não foram questionadas variáveis como - tem filhos e o tipo de serviço.

É importante salientar que nos Hospitais EPE, como é o caso da unidade em estudo, vigoram dois regimes de trabalho distintos: de função pública e de contracto individual de trabalho, com regalias diferenciadas. A coexistência de regimes de trabalho distintos no seio da mesma organização gera situações não equivalentes para a mesma função o que pode potenciar

situações de alguma tensão e conflitualidade com repercussões no desempenho. No presente estudo, 34,2% dos colaboradores tem como vínculo laboral o regime de CTFP e 65,8% tem CIT. Independentemente de quem suporta os custos destas ausências (empresa ou sistema de apoio social), as mesmas estão dependentes do regime contratual, e por sua vez do que o mesmo preconiza como justificação de falta por doença.

Em relação às subescalas do absentismo, os fatores psicossomáticos, em particular o cansaço, a sobrecarga de trabalho, o *stress* e a ansiedade surgem como potenciadores do absentismo. O mesmo acontece com a baixa remuneração e a falta de reconhecimento profissional, na subescala dos fatores administrativo-laborais e ainda na gestão de tempo e carreira, em que a necessidade de resolver assuntos burocráticos e tempo para formação contínua/ pós graduada também são referidos como problemas no absentismo.

Em resposta à H2, o *engagement* aparece com maior nível nos homens e naqueles que são melhor remunerados.

Em relação ao género, e ao contrário do esperado, tendo em conta os antecedentes históricos da enfermagem e da arte de cuidar sempre cultural e socialmente mais associada ao género feminino, verifica-se que os homens apresentam maiores valores de *engagement* ($3,93 \pm 0,89$ – $3,46 \pm 0,89$), contrariamente ao estudo de Dias (2018) e de Pinto et al (2015), nos quais o género feminino apresenta valores de *engagement* superiores.

Mesmo em inferioridade numérica, os enfermeiros homens estão a contrariar tendências e costumes e a provar, cada vez mais, que o género não interfere na identidade da profissão.

Não se verificaram diferenças significativas nos restantes fatores sociodemográficos: habilitações e estado civil, o que se assemelha a outros estudos, designadamente de Dias (2018); Silva (2017); Borges et al. (2017) e Fernandes (2016).

Sobre a H3, em termos de faltas, indicadores de absentismo, verifica-se que quem falta menos são aqueles que têm mais absorção, dedicação e vigor no seu trabalho: (nunca faltaram no último ano nem no último mês: $3,79 \pm 0,80$; $3,75 \pm 0,87$, respetivamente). Ou seja, há evidências de que um maior número de faltas no último ano e no último mês está significativamente associado a valores mais baixos de *engagement* ($3,27 \pm 0,46$; $3,69 \pm 0,38$, respetivamente). Estes resultados vão de encontro à literatura de Schaufeli e Bakker (2004) que afirmam que indivíduos com um nível mais elevado de *Engagement* têm uma maior probabilidade de sentir uma ligação mais forte com a organização.

Em relação à H4 e em conformidade com a terceira questão de investigação, de acordo com os resultados obtidos, não foi possível encontrar nenhuma relação significativa entre o absentismo e as 3 dimensões do *engagement*. No entanto, através da análise da correlação entre as variáveis, foi possível concluir que de uma forma significativa e negativa, os fatores interpessoais e ambiente de trabalho se relacionam com a dimensão dedicação, de forma moderada ($-0,160$).

De uma forma mais detalhada, é possível verificar que os problemas com os colegas, o não gostar das funções desempenhadas, a instabilidade laboral, o mau ambiente de trabalho e a

desmotivação se relacionam de forma negativa a dedicação ao trabalho, que está relacionada com o significado e utilidade, entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio sentidos e atribuídos no trabalho.

Em relação a esta hipótese, a ausência de estudos sobre estes dois construtos em simultâneo, e em enfermeiros, não permite comparar os resultados obtidos. No entanto estes resultados não são inusitados e acompanham o raciocínio do estudo.

7. Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação

As Instituições hospitalares, seguindo indicações governativas, adotaram em Portugal novos modelos de gestão que envolveram mudanças significativas na organização dos cuidados de saúde. Sendo a componente humana o melhor recurso de qualquer organização incluindo da saúde, as mudanças verificadas pretendem que os profissionais tenham uma visão clara e precisa dos objetivos a atingir, dos procedimentos e das práticas de forma a contribuir para a melhoria contínua dos processos assistenciais e de saúde. Este novo paradigma organizacional teve repercussões na reorganização e transformação das estruturas, dos contextos laborais e recursos humanos da saúde nomeadamente dos enfermeiros.

É neste contexto de crise e contenção de despesas no setor da saúde português, que os enfermeiros enquanto recurso humano do SNS, vivenciam a sua prática clínica e as mudanças assentes nesta reforma. Assim, a adaptação dos enfermeiros a esta realidade e as exigências profissionais consignadas à especificidade da enfermagem potenciam a probabilidade de consequências no *engagement* e absentismo dos enfermeiros.

O *engagement* está relacionado com a qualidade do trabalho dos enfermeiros e com a satisfação no trabalho e na atual crise económica mundial, parece ser um meio necessário para combater os efeitos do elevado absentismo e da diminuição dos índices de pessoal e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde

Não existindo estudos comparativos sobre absentismo e *engagement* em enfermeiros em Instituições Hospitalares em Portugal, este estudo contribui para a análise do absentismo e dos níveis de *engagement* dos enfermeiros e da sua variação em função de variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros. Encontraram-se valores significativos, mas não foi possível determinar as razões para essas diferenças. Seria então necessário no futuro avaliar os antecedentes pessoais, situacionais e organizacionais do absentismo e do *engagement*, bem como efetuar estudos longitudinais, perceber o impacto de intervenções dirigidas ao combate ao absentismo e à promoção do *engagement*. Paralelamente, deve-se sensibilizar os enfermeiros e as organizações de saúde para os riscos pessoais e institucionais associados do absentismo e também para enfrentarem o *engagement* não apenas como um fim em si, mas como um recurso de trabalho valioso que pode criar uma espiral positiva que resultará na manutenção e elevação dos níveis de *engagement*, na melhoria da qualidade dos cuidados e na satisfação dos enfermeiros no trabalho, e consequentemente na diminuição do absentismo.

Neste sentido e tendo em consideração o tempo que dedicamos da nossa vida ao trabalho, é fundamental que este seja motivador e garanta um nível de *engagement* capaz de promover o bem-estar biopsicossocial do enfermeiro, e tendo em conta que o absentismo tem um peso muito negativo, quer ponto de vista da prestação dos cuidados, do bem-estar psicossocial dos profissionais e financeiramente para as instituições.

Para o estudo deste fenómeno consideramos que a metodologia mais adequada seria um estudo quantitativo, do tipo analítico-correlacional, exploratório e transversal. As expectativas intrínsecas e iniciais a este estudo relacionavam-se essencialmente com os contextos profissionais dos enfermeiros, suas vivências profissionais e a sua repercussão no *engagement* com o trabalho e no absentismo. No entanto os conhecimentos adquiridos pela pesquisa bibliográfica e que estiveram na base do enquadramento teórico desta investigação complementaram e solidificaram essas mesmas expectativas.

Após reflexão e discussão fundamentada sobre os resultados obtidos neste estudo foi possível responder aos objetivos geral e específicos propostos e apresentar as seguintes conclusões.

Segundo os dados obtidos pela própria instituição, no CHSJ a taxa de absentismo encontra-se em valores preocupantes e com recurso a informação disponibilizada pelos responsáveis da gestão do absentismo, foi possível concluir que os enfermeiros faltam principalmente por motivos de saúde pessoal e familiar. Em 2017, em média, os enfermeiros faltaram 28 dias, e embora com todas as greves e manifestações, é seguro afirmar que a falta de *engagement* não implica um aumento no absentismo, as causas são pessoais e de caráter imperativo. Uma limitação encontrada foi o fato de não avaliarmos os motivos do absentismo, nem o período temporal das ausências de uma forma mais abrangente. Através das questões dos questionários, e com recurso apenas aos dados dos recursos humanos, demonstraram-se insuficientes e sem resultados significativos.

No entanto, segundo os resultados obtidos nos questionários, o absentismo foi inferior ao previsto, não corroborando os dados partilhados pelo departamento do absentismo. Este resultado pode levar a supor que a amostra pode não ter sido representativa o suficiente ou as questões não terem sido abrangentes aos vários tipos de absentismo, não permitindo ao inquirido responder de outra forma sobre os temas, o que poderia implicar outros resultados.

Em relação aos dados sociodemográficos, em particular, as habilitações literárias, e tendo em conta que o CHSJ não financia a formação académica dos enfermeiros, é de salientar que dos 222 inquiridos, 88 investiram por conta própria na aquisição de novos conhecimentos, o que demonstra motivação e iniciativa para atualização e melhoria. Este resultado reforça outro valor de *engagement*, o fato de os enfermeiros terem orgulho no seu trabalho.

E em relação ao absentismo, tal como espectável, quem falta menos identifica-se mais com o trabalho, e expõem mais absorção, dedicação e vigor na realização das suas funções. A escala com maior pontuação no absentismo foi a EFAL 2, que está relacionada com fatores psicossomáticos e de condições de trabalho. Fatores como o cansaço, sobrecarga de trabalho, *stress* e ansiedade surgem como principais fatores potenciadores do absentismo, resultados que acompanham os temas mais reiterados e atuais que caracterizam os enfermeiros na realidade profissional do país. Ainda assim, os enfermeiros mesmo cansados, stressados e ansiosos

consideram que o seu trabalho tem muito significado e utilidade, e o orgulho e inspiração são as sensações referenciadas.

No *engagement* a dimensão na qual os enfermeiros apresentaram maior pontuação foi no 'Vigor', revelando que os enfermeiros evidenciam grande perseverança e resistência mental no seu trabalho. A questão mais pontuada e que implica a maior fonte geradora de *engagement* está relacionada com o significado e utilidade atribuída ao seu trabalho, na dimensão 'Dedicação'.

Em sentido inverso os fatores geradores de menor *engagement* estavam relacionados com a vontade de ir trabalhar quando se levanta e a sensação de felicidade no trabalho.

A variável sociodemográfica com influência no *engagement* foi o género. As variáveis profissionais que influenciam o *engagement* foram a situação laboral relacionada com o tipo de contrato e a remuneração.

A abordagem atual relativamente aos trabalhadores de saúde, não satisfará os requisitos para um sistema de cuidados de saúde que se quer universal e de bom funcionamento. Há muitos aspetos que devem ser abordados entre eles: baixas compensações remuneratórias; elevadas cargas de trabalho; incentivos financeiros perversos; locais de trabalho inseguros e escassez de contratação de enfermeiros. Neste sentido também deve ser repensada a forma como os profissionais de saúde são alocados e motivados. O investimento nos profissionais de enfermagem dará origem a importantes retornos do investimento (Stewart, Burton & White, 2018).

É necessário sensibilizar e consciencializar a sociedade e o poder político para o valor e o contributo dos enfermeiros, defendendo políticas que sejam positivas e um maior investimento na área da saúde, que passa pelo aumento do salário dos enfermeiros e melhores condições de trabalho (ICN, 2018).

As insuficientes dotações de enfermeiros, as deficientes condições laborais e sobretudo o subaproveitamento das diferenciadas qualificações e capacidade de intervenção dos enfermeiros, são provas inequívocas da limitada utilização do desenvolvimento profissional (OE, 2018c).

Existem evidências de que a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros melhora através do *engagement*. As organizações de saúde devem encarar o *engagement* como um recurso essencial a promover, pois não deve depender apenas do compromisso ético que os enfermeiros revelam na sua profissão (Borges et al., 2017). É também aceite, como refere García-Sierra, Fernández-Castro e Martínez- Zaragoza (2016), que os gestores de enfermagem constituem um recurso fundamental para a promoção do *engagement*. Torna-se importante a divulgação desta temática e uma aposta na formação dos enfermeiros, bem como gestores de enfermagem, para que em conjunto possam otimizar as exigências do trabalho e mobilizar os recursos de trabalho necessários para a elevação do *engagement* dos enfermeiros.

Deste modo conclui-se que existe uma correlação negativa entre absentismo e *engagement*, respondendo desta forma aos objetivo geral e específicos propostos, pautados pelos resultados

obtidos através das questões e hipóteses de investigação estudadas sobre o absentismo e engagement nos enfermeiros do CHSJ.

Os resultados obtidos demonstraram o efeito significativo e negativo dos fatores de absentismo relacionados com fatores interpessoais e de ambiente de trabalho e a dimensões dedicação, do *engagement*, o que permitiu concluir que os enfermeiros com maior absentismo apresentam menor *engagement* dos que os que faltam menos.

Estes resultados reforçam a importância de recursos do trabalho como a melhoria das condições de trabalho, para o aumento do *engagement* e por conseguinte para a redução do absentismo e permitem-nos concluir que a conexão psicológica e afetiva ao trabalho aliada a uma cultura de assiduidade clara e rigorosa pode constituir um antídoto eficaz para o absentismo.

Os dados obtidos neste estudo merecem uma reflexão, sendo de todo o interesse controlar e diminuir o absentismo e aumentar os níveis de engagement. De forma a contribuir para isso, sugere-se:

- Em ambiente hospitalar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, depende de um bom desempenho dos seus profissionais, e para isso, é imprescindível a criação de ambientes de trabalho saudáveis os quais, entre outros aspetos, visam abolir ou pelo menos minimizar as situações de sobrecarga e exaustão, bem como, combater a insatisfação profissional.
- É fundamental recolher informações sobre as necessidades dos trabalhadores, seus valores e prioridades. Um dos aspetos que urge levar em linha de conta é que o ambiente de trabalho de um hospital atualmente é multicultural, com diferentes valores, diferentes culturas, diferentes crenças religiosas e diferentes capacidades de resiliência.
- Com base na recolha de informação efetuada e nos dados obtidos, elaborar um plano com linha de orientação conceptual e diretrizes da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2010). *Medidas organizacionais* que visam proporcionar horários de trabalho flexíveis; permitir que os trabalhadores participem na melhoria da organização do seu trabalho e do seu ambiente de trabalho; proporcionar aos trabalhadores oportunidades de aprendizagem ao longo da vida; *Medidas ambientais* que visam disponibilizar espaços sociais; proporcionar um ambiente de trabalho incentivador no plano psicossocial e *Medidas individuais* que visam oferecer e financiar cursos e eventos desportivos; incentivar uma alimentação saudável; disponibilizar programas de apoio ao bem-estar mental, por exemplo, disponibilizando acompanhamento psicossocial anónimo externo e aconselhamento e formação anti-stress (EU-OSHA, 2010).
- Continuar a apostar na formação contínua que dote enfermeiros e enfermeiros líderes de conhecimentos e competências promotoras de um ambiente de trabalho mais saudável;

- Proporcionar aos enfermeiros a possibilidade de desempenharem tarefas/funções variadas através da delegação de tarefas inculcando novo sentido de responsabilidade, tendo por base uma equidade assente na maior experiência profissional e qualificação;
- Dotar os serviços de recursos materiais e humanos em função das necessidades específicas de cada local de trabalho;
- Promover o reconhecimento do profissional de enfermagem pela população alvo e pelos restantes profissionais da instituição;
- Aumentar a autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros, bem como a definição de competências;
- Remunerar de acordo com as competências e funções desempenhadas pelos enfermeiros, (mediante negociação com tutela);
- Maior participação dos enfermeiros na governação das organizações.

Os gestores de enfermagem devem ser promotores de ambientes e programas de saúde saudáveis e exequíveis, envolvendo trabalhadores e comunidade, no sentido da excelência de cuidar de quem cuida.

Este estudo não está isento de limitações. Embora o número de sujeitos da amostra seja relativamente elevado, pode não ter sido significativa, e coloca-nos também dificuldades ao nível da realização de determinados estudos estatísticos bem como da abrangência das conclusões a que chegamos. Os questionários são validados e testados, mas existem poucos estudos sobre estes dois temas em contexto hospitalar, não permitindo comparações relevantes.

O absentismo e o *engagement* dos enfermeiros de um hospital, institui-se, neste estudo como um fenómeno complexo, inserido num contexto socioeconómico atual de crise (reduções salariais, aumento da carga horária, dificuldades de empregabilidade, perda de direitos adquiridos, entre outras) e mudança organizacional, que fazendo emergir dos enfermeiros as vivências da sua prática profissional, psicossocial e relacional, veio proporcionar uma abordagem dessa mesma realidade, sem negligenciar o que motivou a realização deste estudo de investigação.

Como linhas de investigação futura seria pertinente alterar algumas questões biográficas de forma a abranger uma opinião mais completa sobre os fatores do absentismo e *engagement* e aplicar os questionários a enfermeiros de outras instituições de forma a comparar sustentavelmente os resultados.

Conclui-se que esta investigação é inovadora pela comparação do absentismo e do *engagement* e que possibilita contributos válidos para o avanço no conhecimento e melhoria na gestão dos serviços de enfermagem.

Para a investigadora este trabalho constituiu um motivo de grande satisfação pessoal. Para além da aquisição de novos conhecimentos, cada etapa foi um desafio e a sua conclusão infunde uma agradável sensação de missão cumprida, com a aspiração de contribuir de alguma forma, no complexo percurso da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Agapito, S., M; Sousa F., C. (2010, December). A influência da satisfação profissional no absentismo laboral. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200004
- Agência Europeia para a segurança e saúde no trabalho. (2014). Cálculo do custo do stress e dos riscos psicossociais relacionados com o trabalho – uma revisão bibliográfica 1 EU - OSHA Revisão bibliográfica. Retrieved June 10, 2016, from https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks
- Aiken, L. H.; Sloane, D.M.; Clarke, S. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357–364. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3136199/>
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (No. 6th ed). Washington.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2008). *Towards a model of work engagement. Career Development International*.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2 (3), 273–285.
- Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2014). Job Demands – resources theory. In *Work and Wellbeing: Wellbeing: A Complete Reference Guide* (In P. Y. C, pp. 37–64). New Jersey: Wiley Blackwe.
- Bakker, A.B. e Schaufeli, W. B. (2008). Positive organizational behavior: engaged employees in flourishing organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 29, 147–154.
- Bakker, A. B. (2017a). Job crafting among health care professionals: The role of work engagement. *Journal of Nursing Management*, 1–11.
- Bakker, A. B. (2017b). *Strategic and proactive approaches to work engagement*.
- Borges, E., Abreu, M., Queirós, C., Maio, T. (2017). Engagement em enfermeiros: estudo comparativo entre Portugal Continental e Açores. *International Journal on Working Conditions*, 14.
- Borkowski, N. (2009). *Organizational Behavior in Health Care* (2nd ed.). Jones & Bartlett Publishers.
- Chadwick-Jones, J. K. et al. (1971). Absence measures: their reliability and stability in an industrial setting. *Personnel Psychology*, 463–470.
- Cordeiro, M. P. J. (2011). Investigação e Intervenção em Recursos Humanos: Gestão Para a Cidadania. In *In IIRH11, edited by ESEIG-IPP: Núcleo de investigação e desenvolvimento*

- de recursos humanos. Vila do Conde. Retrieved from <http://www.eseig.ipp.pt/publicacoes/index.php/iirh/issue/view/6>
- Correia, V. M. P. (2012). *Engagement e suporte social nos enfermeiros de cuidados de saúde primários*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Cucolo, D. F.; Perroca, M. G. (2008). *Ausências na equipa de enfermagem em unidades de clínica médico-cirúrgica de um hospital filantrópico*. São Paulo.
- D'Emiljo, A. & Preez, R. (2017). Job demands and resources as antecedents of work engagement: A diagnostic survey of nursing practitioners. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 19(1), 69–87.
- Dias, S. R. S. (2012). *A influência dos traços de personalidade no burnout nos enfermeiros*. FPCEUP.
- Eurofound. (2017). *Sixth European Working Conditions Survey. Overview report 2017*. Luxembourg.
- Fernandes, R. L. et al. (2011). *Absentismo em Hospital Filantrópico de Médio Porte*.
- Ferreira, J. M. C., Neves, J., e Caetano, A. (2001). *Manual de psicossociologia das organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Ferreira; R. C.; Griep; R. H.; Fonseca; M. de J. M. da; & Rotenberg; L. (2012, April). Abordagem Multifatorial Do Absenteísmo Por Doença Em Trabalhadores De Enfermagem. *Revista Saúde Pública* 46, 259–268.
- Fortin, M. F., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- Fountain, D. M. (2017). Impact of Bullying on RN Engagement in Hospitals. *POJ Nursing Practice & Research*, 1(1), 1–8.
- Frasquilho, M. (2005). Medicina, Médicos E Pessoas: Compreender O Stresse Para Prevenir O Burnout. In *Acta Médica Portuguesa* 18 (pp. 433–444).
- Freitas, L. D. C. de, Arruda, J. A. de, & Falqueto, J. M. Z. (2017). Uso do software Nvivo® em investigação qualitativa: ferramenta para pesquisa nas ciências sociais.
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J. & Martínez-Zaragoza, F. (2015). Work engagement in nursing: an integrative review of the literature. *Journal of Nursing Management*.
- Graça, L. (1995). Inicativas para reduzir e prevenir o absentismo por incapacidades para o trabalho: resumo. Retrieved June 2, 2016, from www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos133.html
- Hosseinpour-Dalenjan, L., Atashzadeh-Shoorideh, F., Hosseini, M. & Mohtashami, J. (2017). The Correlation Between Nurses' Work Engagement and Workplace Incivility. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 19(4).
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Destaque: Informação à comunicação social*:

- Estatísticas do emprego 2º trimestre de 2015*. Lisboa. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224671146&DESTAQUESmodo=2
- Keyko, K., Cummings, G. G., Yonge, O. & Wong, C. A. (2016). Work engagement in professional nursing practice: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 142–164.
- Keyko, K. (2014). Work engagement in nursing practice: a relational ethics perspective. *Nursing Ethics* 21(8), 21(8), 879–889.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ª edição). Report Number.
- Marques-Pinto, A. M. & Picado, L. (2011). *Adaptação e bem-estar nas escolas portuguesas: dos alunos aos professores*. Lisboa: Coisas de ler.
- Martins, M. et al. (2011). Acidentes De Trabalho Versus Absentismo Laboral. In *In Congresso Internacional de Saúde Ambiental* (pp. 41–46). Coimbra: Departamento de Saúde Ambiental - Escola Superior de Saúde de Coimbra.
- Ministério da Segurança Social e do Trabalho. Decreto-Lei n.º 28/2004 (2004). Portugal. Retrieved from Decreto-Lei n.º 28/2004%0A Publicação: Diário da República n.º 29/2004, Série I-A de 2004-02-04%0A Emissor:Ministério da Segurança Social e do Trabalho%0A Tipo de Diploma:Decreto-Lei%0A Número:28/2004%0A Páginas:596 - 604%0A ELI:<https://data.dre.pt/eli/de>
- Murcho, N. A. C. (2011). Absenteísmo no trabalho.
- Ora, Chiara Dall’; Griffiths, Peter; Ball, Jane; Simon, Michael; Aiken, L. H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses’ job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. US National Library of Medicine National Institutes of Health, 5(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331>
- Orgambidez-Ramos, A. & Almeida, H. (2017). *Work engagement, social support, and job satisfaction in Portuguese nursing staff: A winning combination*. *Applied Nursing Research*. Retrieved from 10.1016/j.apnr.2017.05.012
- Organização Internacional do Trabalho. (2013). *Situação de Desemprego Vai Agravar-Se*.
- Patinha, I. (2012). *Estudo Das Causas Do Absentismo Laboral Numa Autarquia Local*. Setúbal.
- Peiró, J. M. (2016). Prefácio In M. J. Chambel, *Psicologia da saúde ocupacional*. Lisboa.
- Peiró, J. M.; Rodríguez-Molina, I.; González-Morales, M. (2008). El absentismo laboral: antecedentes, consecuencias y estrategias de mejora. València.
- Pinto, A. M., Jesus, E. H., Mendes, A. M. O. C., Fronteira, I. S. E. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: work engagement dos enfermeiros. *Revista Investigação Em Enfermagem* 2(10), 26–37.

- Plomp, H. (2008). The Impact of the Introduction of Market Incentives on Occupational Health Services and Occupational Health Professionals: Experiences from the Netherlands. *Health Policy*, 88, 25–37.
- Porto, D. R.; Paula, N. V. K. (2010). Estratégias de recursos humanos relacionados com o absentismo profissionais de enfermagem. *Revista Saúde e Pesquisa*. V. 3, n. 3 Set./Dez, 375–370.
- Rafael, A. M. T. (2018). O Absentismo em Profissionais de Saúde: O caso de uma unidade de um Centro Hospitalar. Universidade Nova de Lisboa.
- República Portuguesa. Legislação consolidada: Estabelece mecanismos de convergência do regime de proteção social da função pública com o regime geral da segurança social, Pub. L. No. Lei n.º 11/2014-Diário da República n.º 46/2014, Série I de 2014-03-06 (2014). Portugal: Diário da República Eletrónico. Retrieved from https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/117652698/201901140000/diploma?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice
- Ribeiro, M., H.; Pires, J. (2004). As Implicações Do Stress E Burnout Nos Profissionais De Saúde. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, No. 18, 15–22.
- Rodrigo Carvalho & M. Gregório Sroc Lda. (2018). *Relatório & contas 2017*. Porto.
- Roque, J. (2008). *Burnout e percepção do absentismo em trabalhadores do sector bancário: contributos do modelo das exigências-recursos do trabalho*. Universidade de Lisboa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10451/740>
- Santos, F. M. (2018). *Fronteiras XXI: Portugal, um país de crise em crise*. Portugal: RTP 3. Retrieved from <https://fronteirasxxi.pt/portugal-um-pais-de-crise-em-crise/>
- Schaufeli, W., & Salanova, M. (2007). *Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations*. *Managing Social and Ethical Issues in Organizations*.
- Schaufeli, W. B., Martinez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M., e Bakker, A. B. (2002). *Burnout and engagement in university students: A cross-national study*. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 464–481.
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A. (2003). *UWES, Utrecht Work Engagement Scale, preliminary manual*. Utrecht University.
- Schaufeli, W. B. (2017). *Work engagement in Europe: Relations with national economy, governance, and culture*. KU Leuven.
- Silva, M., Queirós, C., Cameira, M., Vara, V. & Galvão, A. (2015). *Burnout e engagement em profissionais de saúde do Interior-Norte de Portugal*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 286–289.
- Simone, S., Planta, A. & Cicotto, G. (2017). The role of job satisfaction, work engagement, self-

efficacy and agentic capacities on nurses' turnover intention and patient satisfaction. *Applied Nursing Research*, 39, 130–140.

Wingerden, J. Bakker, A. B. & Derks, D. (2016). A test of a job demands-resources intervention. *Journal of Managerial Psychology*, 31(3), 686–701.

Yan, X., Su, J., Wen, Z., & Luo, Z. (2017). The role of work engagement on the relationship between personality and job satisfaction in Chinese nurses.

Zheng, Z., Gangaram, P., Xie, H., Chua, S., Ong, S. B. C., & Koh, S. E. (2017). Job satisfaction and resilience in psychiatric nurses: A study at the Institute of Mental Health. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(6), 612–619.

ANEXOS

Pedido autorização RAI 1 de 2

RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO



Pedido de Reutilização de Registos Clínicos para Investigação e Desenvolvimento (I&D)

Exma. Senhor
Responsável pelo Acesso à Informação
(Artigo 9.º da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto)
Dr. Rui de Vasconcellos Guimarães

Número do Pedido

(A preencher pelo Gabinete de Apoio ao RAI)

1. Identificação do(s) Investigador(es) Preenchimento Obrigatório

1.1. Investigador Principal

Nome CLÁUDIA SOFIA FERREIRA PEREIRA

Contacto telefónico 9116687898

Endereço eletrónico claudia_sfp@hotmail.com

1.2. Investigador(es) Associado(s)

Número Total:

Nome _____

Contacto telefónico _____

Endereço eletrónico _____@_____

Nome _____

Contacto telefónico _____

Endereço eletrónico _____@_____

Nome _____

Contacto telefónico _____

Endereço eletrónico _____@_____

1.3. Afiliação Institucional do Investigador Principal

1.3.1. Grupo Profissional

Médico(a)

Enfermeiro(a)

Docente

Estudante

Outro. Qual? _____

1.3.2. Documento de identificação pessoal ou profissional

Cartão de Cidadão

Bilhete de Identidade

Célula Profissional

Cartão de Docente

Cartão de Estudante

Outro. Qual? _____

Número de Documento 12545087

A garantia da identidade do requerente pode ser viabilizada, quer por assinatura digital qualificada com o Cartão de Cidadão, quer anexando, em suporte digital, qualquer um dos documentos de identificação mencionados.

[Verificar o meu estado](#)

2. Enquadramento e Identificação do Trabalho de Investigação e Desenvolvimento Preenchimento Obrigatório

2.1. Enquadramento da investigação

Trabalho académico de investigação e desenvolvimento:

Não conferidor de grau

Conferidor de grau: Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Projeto de investigação e desenvolvimento

Pedido autorização RAI 2 de 2

3. Observações Preenchimento Facultativo

4. Aceitação dos Termos e Condições da Reutilização

Cumulativamente com as obrigações decorrentes da lei já citada (n.º 2 e 3 do artigo 21 e o n.º 1 e 2 do artigo 12, ambos da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto) ao submeter o presente pedido concordo e fico ainda vinculado aos seguintes termos e condições:

- Comprometo-me a manter confidencial toda a informação à qual vou ter acesso;
- Não vou elaborar registos, susceptíveis de identificar ou tornar identificável a identidade das pessoas a quem os mesmos dizem respeito;
- Não vou elaborar, nem ficar na posse, de cópias de bases de dados utilizadas na recolha de informação;
- Comprometo-me a obter junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) as necessárias autorizações, para eventuais bases de dados que venha a conceber e utilizar no âmbito da presente investigação;
- Comprometo-me a devolver ao Centro Hospitalar de São João, na pessoa do seu Diretor Clínico, as bases de dados e o resultado da investigação;
- Comprometo-me a ocultar os elementos de identificação da(s) pessoa(s) a quem os registos digam respeito, em futuras e eventuais publicações de resultados;
- Comprometo-me a consultar os processos clínicos nas instalações que me forem indicadas para o efeito;
- Comprometo-me a obter os necessários pareceres, quer da Comissão de Ética do Hospital, quer do Centro de Epidemiologia Hospitalar, sempre que necessário;
- Comprometo-me a citar as fontes sempre que publicitar o trabalho de investigação independentemente de requerer a Certidão de Reutilização (Data REuse Certificate for Research – DARE);
- Tomei conhecimento, que a violação de qualquer dos compromissos aqui assumidos, resultará no apuramento de responsabilidades disciplinares, civis e penais e ainda, à impossibilidade futura de aceder a informação de saúde para fins de investigação.

5. Decisão do investigador sobre requerer a Data REuse Certificate for Research – DARE Preenchimento Obrigatório

- Pretendo desde já requerer a Certidão de Reutilização (DARE) cujo sentido, valor e significado consultei em <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/710>.
- Não pretendo requerer a Certidão de Reutilização (DARE) cujo sentido, valor e significado consultei em <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/710>.

6. Assinatura

Nota 1. Se o presente pedido for submetido eletronicamente, ou for assinatura digital qualificada, ou anexa cópia de documento de identificação.
Nota 2. Se o presente pedido for entregue presencialmente, assina e exibe o documento de identificação a quem recebe o pedido.

Data 2 | 0 | 1 | 6 | - | 1 | 2 | - | 2 | 6 |

Eláuzia Sofia Ferreira Pereira
Investigador Principal

Em caso de dúvida no preenchimento contacte através dos endereços eletrónicos
rai.reutilizacao.id@chsj.min-saude.pt ou ruiguimaraes@chsj.min-saude.pt
ou pelos números de telemóvel 962 204 194 ou 918 880 299

SUBMITER

Autorização RAI 16018152

(autenticada com Assinatura Digital Qualificada Decreto-Lei n.º 290-D/99, de 2 de Agosto)

Pedido para reutilização de registos clínicos para fins de I&D

Investigador: Cláudia Sofia Ferreira Pereira

E-mail: claudia_sfp@hotmail.com Tlm 916 687 898

O seu pedido para reutilizar registos clínicos para fins de Investigação & Desenvolvimento (I&D), foi registado com o número em epígrafe, e foi por mim autorizado, no uso dos poderes legais em que estou investido como Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) do Centro Hospitalar de São João, E.P.E. (artigo 9º da Lei nº 26/2016, de 22 de Agosto).

A presente autorização, que tem um âmbito estritamente jurídico e natureza imperativa, no domínio do acesso e reutilização da informação de saúde, dos registos clínicos, à guarda legal e institucional do CHSJ, não dispensa, pelo contrário, os necessários e pertinentes pareceres, quer da Comissão de Ética, quer do Centro de Epidemiologia.

Por isso mesmo, ao comunicar-lhe a presente autorização, dou simultaneamente conhecimento, quer ao Presidente da Comissão de Ética, Senhor Professor Doutor Filipe Almeida, quer à Directora do Centro de Epidemiologia, Senhora Professora Doutora Ana Azevedo, já que a investigação deve ser abordada numa perspectiva integrada, onde o investigador deve ser o primeiro a assumir, que o Estatuto de Investigador significa um conjunto de direitos e obrigações, quer de natureza jurídica, por isso faz um pedido para nos termos da lei ter acesso a registos clínicos, quer de natureza ética, quer, ainda, com o necessário enquadramento numa estratégia institucional.

O presente pedido de reutilização de registos clínicos para fins de investigação, intitulado: "Absentismo e engajamento nos enfermeiros do CHSJ, EPE Porto" subsume-se no fenómeno da reutilização para fins de I&D, consagrado quer na Lei 26/2016, de 22 de Agosto, quer na Directiva 2013/37/EU, de 26 de Junho, do Parlamento Europeu e do Conselho.

Reutilização significa "a utilização por pessoas singulares ou colectivas de documentos na posse de organismos do sector público, para fins comerciais ou não comerciais diferentes do fim inicial de serviço público para o qual os documentos foram produzidos." (a alínea g), nº 1, do artigo 3º, da Lei nº 26/2016, de 22 de Agosto).

Para garantir a auditoria, a reprodutibilidade e, nessa medida, a transparência da sua investigação:

- a) Valores que lhe interessam a si, enquanto investigador/a;
- b) A quem o/a tutela, os seus orientadores;
- c) Aos proprietários da informação, os docentes a quem os registos clínicos dizem respeito;
- d) A quem tem a responsabilidade legal pela guarda dos registos clínicos, neste caso o CHSJ, E.P.E.;
- e) À instituição que tutela a investigação, no presente caso no Instituto Politécnico do Porto;
- f) Às editoras que venham a publicar a presente investigação; e ainda,
- g) A todas as pessoas, singulares ou colectivas, de direito privado ou de direito público, para quem a investigação tenha qualquer tipo de impacto.

Terminada a consulta dos processos a que vai ter acesso, enquanto RAI do Centro Hospitalar de São João, e mediante um seu pedido exposto, posso emitir-lhe a **DATAReUseCertificate for Research (DARE)**, com um número único, definitivo, e irrepelível, neste caso com o número atribuído à autorização que lhe foi concedida.

Já tomámos nota que requireu a DARE, antes, assente os compromissos de:

1. Terminada a consulta dos registos clínicos, entregar ao RAI, uma listagem, por si assinada sob compromisso de honra, de TODOS os processos que consultou no âmbito da autorização que lhe foi concedida, no modelo que constitui o **Anexo Listagem DARE**, template disponível em: <http://portal-chsj.mis-saude.pt/pages/714> **Reutilização de Registos Clínicos**, no final da página, depois do Formulário para Pedido de Reutilização de Registos para Fins de Investigação & Desenvolvimento, pode fazer o download do **Anexo Listagem DARE**. (enquanto não estiver disponível no site do Hospital, pode solicitar no Gabinete de Apoio ao RAI – Ext. 1598 ou 5162 ou 91 066 74 08 ou 96 488 46 08);
2. Citar a (DARE), sempre que publicar e/ou, publicitar a investigação, fazer uma conferência ou um poster, indicando o número da mesma e o endereço <http://portal-chsj.mis-saude.pt/DARE/EnsC/certificate> onde quem estiver interessado, pode confirmar a sua existência e autenticidade;
3. Autorizar que a mesma seja publicitada no referido endereço, com a indicação expressa do seu nome, do título da investigação que levou a cabo, e da referida (DARE), em vários idiomas.

Ter publicitada num endereço a (DARE), significa:

a) Por um lado, afirmar de forma expressa e inequívoca, o enquadramento jurídico que consentiu o acesso do investigador ao património informacional, neste caso aos registos clínicos na posse e à guarda legal do Centro Hospitalar de São João, EPE, trata-se de um direito que tem enquanto investigador, um direito com reconhecimento e raízes Europeias, no Parlamento e no Conselho, mas igualmente com expressão no ordenamento jurídico português;

b) Por outro lado, visa certificar a origem das fontes, mencionando-as, identificando-as, e indicando a data da última actualização da informação, (n.º 5, artigo 19.º da Lei n.º 46/2016, de 22 de Agosto), neste caso, bases de dados, repositórios, registos analógicos, e ainda registos em ambiente papel, à guarda institucional e legal, do Centro Hospitalar de São João, E.P.E, instituição de reconhecido mérito, quer na prestação de cuidados, quer na investigação clínica.

O facto da investigação que vai levar a cabo, ter como fontes, registos clínicos à guarda do Centro Hospitalar de São João, é, por si só, uma garantia de idoneidade das fontes, quer pelo nível clínico e académico das suas práticas, confirmados com diversos Centros de Excelência, quer pelo escrutínio de constantes auditorias, externas e internas, à qualidade dos registos clínicos; por outro lado, a (DARE), consagra, de forma efectiva, a possibilidade de quem tiver um interesse pessoal, directo, legítimo, suficientemente relevante e proporcional, auditar a investigação, utilizando as mesmas fontes, viabilizando desta forma a reproduzibilidade da investigação, e garantindo assim a transparência da mesma.

TRANSPARÊNCIA, REPRODUTIBILIDADE e AUDITORIA, são valores inestimáveis na investigação científica, garantidos pela (DARE).

A opção por ter solicitado a DARE, é da sua exclusiva responsabilidade enquanto investigador.

A determinação e vontade do investigador, em contribuir e assegurar, por todos os meios ao seu alcance, a transparência e reprodutibilidade da investigação, devem estar na base do seu ato de liberdade, ao requerer a DARE (DataREuseCertificate for Research). Num tempo, em que sobre a investigação científica existe um anátema de fraude com expressão significativa por manipulação de dados na investigação científica, (*The Inherent Drawbacks of the Pressure to Publish in Health Sciences: Good or Bad Science* - Ricardo Jorge Dinis-Oliveira, Teresa Magalhães 2015), exercer o direito de requerer a DARE, é, também, estar do lado da transparência e no combate à fraude na investigação científica. A DARE, visa elucidar *ubi et ubi*, não apenas o enquadramento jurídico que consentiu e viabilizou o acesso a registos clínicos para fins de investigação, mencionando as Diretivas Europeias e os instrumentos legais que operaram a sua transposição para o ordenamento jurídico português, garante dos direitos constitucionalmente protegidos, como é a Privacidade; mas visa, igualmente, garantir e atestar a idoneidade das fontes, os registos clínicos, quer numa perspectiva da sua origem e qualidade, quer ainda nos planos da integridade e autenticidade da informação fonte da investigação, identificando-a, e localizando-a, no suporte e no tempo. O facto da listagem, **Anexo Listagem DARE**, <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/714> ser da autoria e responsabilidade exclusiva do/s investigador/es, explica-se, pelo facto de lhes assistir uma especial responsabilidade científica de rigor e transparência, cujos principais interessados são, antes de mais, os próprios investigadores, na defesa da sua honrabilidade.

Em anexo à (DARE), dela fazendo parte integrante, constará uma listagem o **Anexo Listagem DARE**, com o número de todos os processos a que o acesso foi autorizado e, nessa medida, o investigador teve acesso, bem como a indicação do suporte (papel, digital ou analógico) em que lhe foi consentido o acesso para fins de reutilização, mencionando as fontes, e indicando a data da última actualização da informação, não sendo, obviamente, tal listagem de acesso público, mas apenas de acesso a quem mostrar ter um interesse pessoal, directo, legítimo, suficientemente relevante e proporcional, nos termos da lei. Do **Anexo Listagem DARE**, vão existir dois originais, um dos quais fica na posse do RAI, e outro em poder do investigador, ambos os exemplares com assinatura digital qualificada do RAI e do investigador principal, ou único.

A publicação da DARE, será feita em <http://portal-chsj.min-saude.pt/DAREUseCertificate> e permitirá a pesquisa pelo nome do investigador ou pelo número da certidão, a quem quiser esclarecer ou confirmar, quer o enquadramento jurídico que consentiu no acesso, quer a origem das fontes utilizadas na investigação.

Uma vez obtida esta autorização do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI):

1. Se precisa de identificar números de processos clínicos, deve dirigir-se ao coordenador do Gabinete de Codificação - Dr. Fernando Lopes (Telemóvel 913872360, 963960499 ou através do endereço eletrónico fernando@med.up.pt)
2. Se o acesso solicitado for já a processos clínicos, a registos clínicos identificados, independentemente de estarem em suporte papel, ambiente digital ou analógico, após a autorização do RAI deve entrar em contacto com o Arquivo Clínico (Telemóvel 963989631 – Extensões 31298, ou 5163, ou através dos endereços eletrónicos sgl.arquivo@hsjao.min-saude.pt ou infernanda.goncalves@chsj.min-saude.pt para articular os termos em que o acesso aos processos solicitados vai ter lugar.

Autorização RAI 4 de 4

4

3. Se vai precisar de obter credenciais (*logins e passwords*), para aceder a registos clínicos em suporte electrónico, deve contactar-me pelos endereços raimorais@chj.min-saude.pt ou rai.reutilizacao.id@chsj.min-saude.pt
4. No seu caso particular, a informação de que necessita está à guarda do Serviço de Gestão de Recursos Humanos, pelo que deverá contactar a respectiva Directora, Dr. Anabela Morais: anabela.morais@hjsjoao.min-saude.pt, a quem desta autorização dou igualmente conhecimento.

Aproveito esta oportunidade para o/a felicitar por ter feito este pedido de reutilização de registos clínicos para fins de Investigação & Desenvolvimento, o que significa estar a exercer um direito que tem enquanto investigador/a, e ainda, para o/a informar, que a reutilização de documentos do sector público, neste caso registos clínicos, sem autorização da entidade competente, o RAI, é uma contraordenação prevista e punida nos termos do artigo 39º, da Lei nº 26/2016, de 22 de Agosto.

Não hesite em me contactar, preferencialmente, para este endereço rai.reutilizacao.id@chsj.min-saude.pt ou para o 91 888 02 99, das 08.00 h às 22.00 h, mesmo aos fins de semana e feriados, para esclarecer qualquer dúvida.

Com os melhores cumprimentos, votos de sucesso na investigação, e na expectativa que a mesma venha a contribuir para a sociedade do conhecimento que todos, legitimamente, almejamos.

Considere-me, sinceramente, ao seu dispor,

Assinatura Digital Qualificada
(Decreto-Lei n.º 290-D/99, de 2 de Agosto)

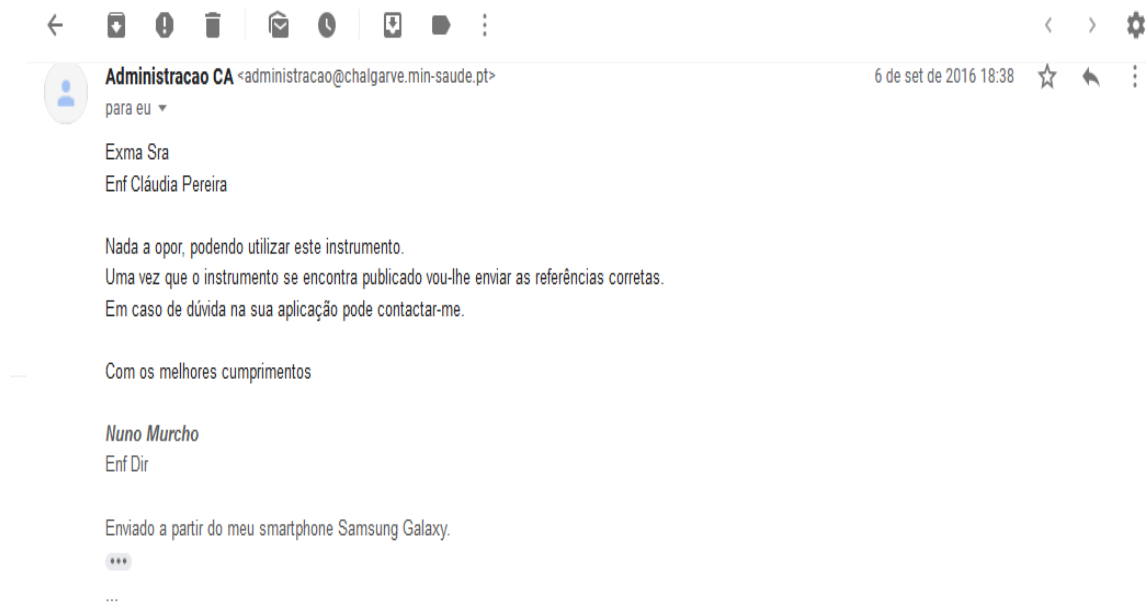
30-12-2016 15:39

D-0226



Raí Germano (Administrador Qualificado)
RA - Artigo 9º, da Lei 26/2016, de 22 de Julho
Assinatura: RA\NÚMERO\RAI\RAI\RAI\RAI\RAI\RAI

Email autorização questionário EFAL



Email autorização questionário UWES



Schaufeli, W.B. (Wilmar) <w.schaufeli@uu.nl>
para eu ▾

seg, 10 de out de 2016 15:45 ☆ ↶ ⋮

🌐 inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem

[Desativar para: inglês x](#)

Dear Cláudia,

Thanks for your interest in my work. You may use the used free of charge under the conditions specified on my website.
Good luck with your research.

With kind regards,

Wilmar Schaufeli

Questionário 1 de 3

ABSENTISMO E ENGAGEMENT NOS ENFERMEIROS DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO E.P.E – PORTO
Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde



Os seguintes questionários enquadram-se numa investigação no âmbito da tese de Mestrado em Gestão das Organizações - unidades de saúde - da Associação de Politécnicos do Porto (APNOR), com os quais se pretendem recolher informações sobre o absentismo e o engagement nos enfermeiros do centro hospitalar São João.

Todas as informações recolhidas são estritamente confidenciais. Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos, as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual.

Os dados sociodemográficos solicitados servem apenas para efeito de interpretação das outras respostas.

Por favor responda com sinceridade, não existem respostas corretas ou incorretas.

Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta.

A sua opinião é muito importante.

Caso tenha alguma dúvida e se pretender receber os resultados do estudo:

Investigadora: Cláudia Pereira

E-mail: u002890@chs.j.min-saude.pt

Estudo autorizado pelo RAI, nº 18018162

Questionário sociodemográfico

1 -Idade: ____ anos

2-Género:Feminino Masculino

3-Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) / união de facto Divorciado(a) / Separado(a)
Viúvo(a)

4-Habilitações literárias (assinale todas as hipóteses que se aplicam):

Bacharelato

Licenciatura

Pós-graduação

Especialidade

Mestrado ou Doutoramento

5 -Situação laboral:

Regime de contrato de trabalho em funções públicas

Contrato de trabalho a termo

Contrato de trabalho sem termo/tempo indeterminado

6 -Remuneração (Considere o valor líquido mensal. Caso sofra muitas flutuações, considere a média mensal do presente ano):

500-999€ 1000-1499€

1500-1999€ ≥ 2000€

7 – Horário semanal (Caso sofra muitas flutuações, considere a média semanal do presente ano):

Regime de meio horário

35 horas

>35 horas

Outro Qual e motivo? _____

1

Questionário 2 de 3

ABSENTISMO E ENGAGEMENT NOS ENFERMEIROS DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO I.P.E – PORTO
Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

7.1- Recebe horas extraordinárias quando efetuadas?

Sim

Não

8 – Experiência profissional (No atual serviço/unidade ou outros):

___anos /meses (riscar o que não se aplica)

9 – Cargo de chefia/coordenação:

Sim

Não

10 – Rotatividade de horário:

Sim

Não

11– Duplo emprego:

Sim

Não

12 - No último ano faltou ao serviço?

Nunca

Raramente

Algumas vezes

Bastantes vezes

13. No último mês faltou ao serviço?

Nunca

Raramente

Algumas vezes

Bastantes vezes

Questionário EFAL Escala de Absentismo Laboral

Murcho e Jesus, 2008

Indicar os fatores que pensa que habitualmente levam a que falte ou possa vir a faltar ao trabalho, assinalando com um "X" no número da escala (pontuada de 1 = "pouco" a 6 = "muito") de acordo com o grau de importância que lhe atribui.

		Pouco			Muito		
		1	2	3	4	5	6
1	Insatisfação com a organização dos serviços	1	2	3	4	5	6
2	Falta de reconhecimento profissional pelos outros (outros profissionais, doentes, etc)	1	2	3	4	5	6
3	Stress e ansiedade	1	2	3	4	5	6
4	Sentir-se injustiçado no serviço/instituição onde trabalha	1	2	3	4	5	6
5	Cansaço	1	2	3	4	5	6
6	Baixa remuneração	1	2	3	4	5	6
7	Necessidade de tempo para formação contínua/pós graduada	1	2	3	4	5	6
8	Problemas com os colegas	1	2	3	4	5	6
9	Sobrecarga de trabalho	1	2	3	4	5	6
10	Necessidade de resolver assuntos burocráticos, pessoais/familiares inadiáveis (finanças, bancos, escola, etc)	1	2	3	4	5	6
11	Problemas com os superiores hierárquicos	1	2	3	4	5	6
12	Trabalho por turnos	1	2	3	4	5	6

2

Questionário 3 de 3

ABSENTISMO E ENGAGEMENT NOS ENFERMEIROS DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO E.P.E – PORTO

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

13	Não gostar das funções desempenhadas	1	2	3	4	5	6
14	Instabilidade laboral	1	2	3	4	5	6
15	Realização de atividades de lazer que não podem ser realizadas durante as férias ou folgas	1	2	3	4	5	6
16	Sentir que estagnou na carreira	1	2	3	4	5	6
17	Mau ambiente de trabalho	1	2	3	4	5	6
18	Desmotivação	1	2	3	4	5	6
19	Deficientes condições físicas de trabalho	1	2	3	4	5	6

Questionário Utrecht Works Engagement Scale (UWES)

Bakker e Schaufeli, 2008

Por favor, para responder aos itens PENSE NAS SUAS TAREFAS PROFISSIONAIS, e avalie com que frequência tem cada um dos seguintes sentimentos, crenças ou comportamentos (pontuada de 1 = "pouco" a 6 = "muito").

Com que frequência? (0-6)

		Pouco			Muito		
1	No meu trabalho sinto-me cheio(a) de energia	1	2	3	4	5	6
2	Acho que o meu trabalho tem muito significado e utilidade	1	2	3	4	5	6
3	O tempo passa a voar quando estou a trabalhar	1	2	3	4	5	6
4	No meu trabalho sinto-me com força e vigor	1	2	3	4	5	6
5	Estou entusiasmado(a) com o meu trabalho	1	2	3	4	5	6
6	Quando estou a trabalhar esqueço tudo o que se passa à minha roda	1	2	3	4	5	6
7	O meu trabalho inspira-me	1	2	3	4	5	6
8	Quando me levanto de manhã apetece-me ir trabalhar	1	2	3	4	5	6
9	Sinto-me feliz quando estou a trabalhar intensamente	1	2	3	4	5	6
10	Estou orgulhoso(a) do que faço neste trabalho	1	2	3	4	5	6
11	Estou imerso(a) no meu trabalho	1	2	3	4	5	6
12	Sou capaz de ficar a trabalhar por períodos de tempo muito longos	1	2	3	4	5	6
13	O meu trabalho é desafiante para mim	1	2	3	4	5	6
14	"Deixo-me ir" quando estou a trabalhar	1	2	3	4	5	6
15	Sou uma pessoa com muita resistência mental no meu trabalho	1	2	3	4	5	6
16	É difícil desligar-me do meu trabalho	1	2	3	4	5	6
17	No meu trabalho sou sempre perseverante (não desisto), mesmo quando as coisas não estão a correr bem	1	2	3	4	5	6

Obrigada pela colaboração.