



# **MESTRADO EM GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS**

## **TRABALHO FINAL DE MESTRADO DISSERTAÇÃO**

**A INFLUÊNCIA DA FALTA DE CIVISMO DOS UTENTES E DA  
AUTONOMIA PROFISSIONAL NO BEM-ESTAR DOS  
ENFERMEIROS E A SUA INTENÇÃO DE ABANDONAR A  
PROFISSÃO**

**MARIA MARQUES RODRIGUES**

**OUTUBRO – 2022**

---



Lisbon School  
of Economics  
& Management  
Universidade de Lisboa

---

# **MESTRADO EM GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS**

## **TRABALHO FINAL DE MESTRADO DISSERTAÇÃO**

**A INFLUÊNCIA DA FALTA DE CIVISMO DOS UTENTES E DA  
AUTONOMIA PROFISSIONAL NO BEM-ESTAR DOS  
ENFERMEIROS E A SUA INTENÇÃO DE ABANDONAR A  
PROFISSÃO**

**MARIA MARQUES RODRIGUES**

**ORIENTAÇÃO:**

**PROFESSORA MARIA DEL PILAR MOSQUERA FERNANDEZ  
CONDE**

**OUTUBRO – 2022**

---

## **AGRADECIMENTOS**

À minha Orientadora Professora Maria Del Pilar Mosquera Fernandez Conde, por ter aceite orientar-me e acompanhar-me ao longo desta etapa, pela sua prontidão e incrível disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida e, a cima de tudo, por ter sempre uma palavra de motivação ao longo de todo o processo.

Aos meus pais por acreditarem sempre em mim e por me terem dado a oportunidade de poder realizar o Mestrado. Agradeço o amor e apoio incondicional ao longo de todo este processo, sem os quais certamente não estaria aqui hoje.

Aos meus irmãos sobretudo pela paciência em lidar com as minhas ansiedades e desânimos ao longo destes últimos anos.

Aos meus amigos, que sempre me encorajaram a seguir em frente, e foram um apoio absolutamente crucial e indispensável no meu percurso de trabalhadora-estudante.

Ao meu melhor amigo e namorado Bruno, que assistiu e me apoiou ao longo de todo o processo, e que sempre me transmitiu paz nos momentos de maior ansiedade, força nos momentos de maior fraqueza, e amor nos momentos de maior dúvida.

## **RESUMO**

A saúde e o bem-estar dos enfermeiros são afetados pelas exigências do seu local de trabalho e, por sua vez, o seu trabalho afeta o bem-estar e as pessoas a quem prestam cuidados de saúde. Para que possamos intervir eficazmente no sentido de promover a sensação de bem-estar nos profissionais de saúde e, conseqüentemente, retê-los nas organizações, é necessário aprofundar os nossos conhecimentos sobre este tema e promover ações que criem ambientes seguros e propícios ao desenvolvimento profissional e crescimento pessoal dos enfermeiros.

Assim, desenvolveu-se um estudo de natureza descritiva e correlacional, com o objetivo de analisar o impacto de certos fatores que influenciam o bem-estar dos enfermeiros, nomeadamente, a autonomia profissional e a falta de civismo por parte dos utentes. Por outro lado, é efetuado o estudo do impacto do bem-estar na intenção de abandonar a profissão por parte dos profissionais de saúde. Por fim, são discutidas as implicações teóricas e praticas do estudo. A amostra envolveu 201 enfermeiros pertencentes a diversas organizações de saúde em Portugal.

Este estudo permitiu-nos concluir que os profissionais de saúde que apresentam maiores níveis de autonomia e menores níveis de falta de civismo por parte dos utentes, são os mesmos que experienciam uma maior sensação de bem-estar. Os mesmos profissionais que experienciam maiores níveis de bem-estar, são os mesmos que têm menores intenções de abandonar a profissão.

**Palavras-Chave:** Bem-estar, Falta de Civismo, Autonomia, Abandono da Profissão.

## **ABSTRACT**

Nurses' health and well-being are affected by the demands of their workplace, and, in turn, their work affects their well-being and the people to whom they provide health care. In order to effectively interfere to promote a sense of well-being in health professionals and, consequently, retain them in organizations, it is necessary to deepen our knowledge on this topic and promote actions that create safe and favourable environments for nurses' professional development and personal growth.

Therefore, a descriptive and correlational study was developed with the purpose of analysing the impact of certain factors that influence nurses' well-being, namely professional autonomy and the lack of civility among patients. On the other hand, the impact of well-being on health professionals' intention to leave the profession is also studied. Finally, the theoretical and practical implications of the study are discussed. The sample involved 201 nurses belonging to several health care organizations in Portugal.

This study allowed us to conclude that the health professionals who have higher levels of autonomy and lower levels of lack of civility from patients are the same ones who experience a greater sense of well-being. The same professionals who experience higher levels of well-being are the same ones who have lower intentions to leave the profession.

**Keywords:** Well-being, Lack of Civility, Autonomy, Leaving the Profession.

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>3</b>
2.1. O conceito de Bem-Estar.....	3
2.1.1. Bem-Estar subjetivo .....	4
2.1.2. Bem-estar psicológico .....	5
2.1.3. Bem-estar no trabalho .....	6
2.2. O Bem-estar dos enfermeiros .....	8
2.3. Falta de civismo por parte dos utentes .....	9
2.4. Autonomia profissional .....	11
2.5. Intenção de abandonar a profissão .....	13
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
3.1. Metodologia.....	15
3.2. Participantes .....	15
3.3. Variáveis e Instrumentos .....	16
3.3.1. Falta de Civismo por parte dos Utentes .....	16
3.3.2. Autonomia .....	18
3.3.3. Bem-estar .....	19
3.3.4. Intenção de Abandonar a Profissão.....	21
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....</b>	<b>23</b>
4.1. Medidas de Tendência Central e Normalidade.....	23
4.2. Correlações .....	23
4.3. Testes de Hipóteses .....	24

<b>CAPÍTULO V: DISCUSSÃO.....</b>	<b>29</b>
5.1. Conclusões e Contributos .....	29
5.2. Limitações e Sugestões Para Investigações Futuras.....	31
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>40</b>
Anexo A – Escalas Aplicadas.....	40
Anexo B - Análise Psicométrica da Falta de Civismo dos Utentes .....	45
Anexo C – Análise Psicométrica da Autonomia .....	47
Anexo D – Análise Psicométrica do Bem -estar.....	49
Anexo E – Análise Psicométrica da Intenção de Abandonar a Profissão.....	51
Anexo F – Estatística Descritiva e Coeficiente de Correlação de Pearson.....	53
Anexo G – Regressão Linear- Análise de Pressupostos .....	54
Anexo H – Regressão Linear .....	57

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Modelo de Investigação .....	14
--	----

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I – Análise da Sensibilidade (Falta de Civismo Utentes) .....	17
Tabela II – Análise da Fidelidade (Falta Civismo Utentes) .....	17
Tabela III – Análise da Validade (Falta Civismo Utentes) .....	18
Tabela IV - Análise da Sensibilidade (Autonomia).....	18
Tabela V – Análise da Fidelidade (Autonomia).....	19
Tabela VI – Análise da Validade (Autonomia).....	19
Tabela VII - Análise da Sensibilidade (Bem-estar).....	20
Tabela VIII - Análise da Fidelidade (Bem-estar) .....	20
Tabela IX - Análise da Validade (Bem-estar) .....	21
Tabela X - Análise da Sensibilidade (Intenção de Abandonar a Profissão).....	21
Tabela XI - Análise da Fidelidade (Intenção de Abandonar a Profissão) .....	22
Tabela XII - Análise da Validade (Intenção de Abandonar a Profissão) .....	22
Tabela XIII - Medidas de tendência central dispersão e normalidade para as variáveis em estudo.....	23
Tabela XIV -Coeficiente de Correlação de Pearson para as escalas em estudo.....	24
Tabela XV - Resumo do Modelo da Análise da Regressão Linear (Falta de Civismo dos Utentes/ Bem-estar) .....	25
Tabela XVI - Coeficientes da Análise de Regressão Linear (Falta de Civismo dos Utentes/ Bem-estar) .....	25
Tabela XVII - Resumo do Modelo da Análise da Regressão Linear (Autonomia / Bem-estar) .....	26
Tabela XVIII - Coeficientes da Análise de Regressão Linear (Autonomia/ Bem-estar) .....	26
Tabela XIX - Resumo do Modelo da Análise da Regressão Linear (Intenção de Abandonar a Profissão / Bem-estar) .....	27
Tabela XX -Coeficientes da Análise de Regressão Linear (Intenção de Abandonar a Profissão/ Bem-estar) .....	27

## CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, os profissionais de saúde têm vindo a ser expostos a contextos laborais cada vez mais exigentes o que se tem traduzido em níveis crescentes de stress emocional e fadiga (Carvalho, 2011). Diversos estudos consideram que se trata de um setor de atividade de “alto risco”, nomeadamente no que toca ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* o que leva, por vezes, estes profissionais a desenvolverem sentimentos de frustração, frieza e indiferença em relação às necessidades e ao sofrimento dos seus utentes (Demerouti, et al., 2000). Maslach e Jackson (1981) investigaram a relação das variáveis do *burnout* como o absentismo e o *turnover*, e verificaram que a síndrome conduz a uma perda de motivação profissional existindo uma relação significativa entre o *burnout* e a intenção de abandonar o trabalho. Segundo Ferreira e Sousa (2006) o *burnout*, assim como, a insatisfação dos enfermeiros estão, também, associados a fatores laborais como a escassa autonomia profissional, fracas possibilidades de promoção e formação, falta de reconhecimento profissional, excesso de horas de trabalho, tensão nas relações interpessoais, tarefas de rotina e salários inadequados. A autonomia profissional, em particular, é considerada um requisito indispensável ao exercício da profissão (Ribeiro, 2009).

Ferreira e Sousa (2006) afirmam que a satisfação profissional pode ser influenciada por diversos fatores, sendo um deles a escassez de autonomia profissional. Segundo os mesmos autores, a insatisfação dos enfermeiros poderá condicionar a qualidade dos cuidados prestados, assim como, provoca o desinteresse pela profissão. Deste modo, torna-se fundamental abordar o tema, assim como, promover a autonomia profissional dos enfermeiros em todos os seus espaços de atuação, de forma a garantir um maior poder de decisão e execução dentro da sua profissão levando, conseqüentemente, a uma maior sensação de bem-estar (Silva et al., 2020).

A pandemia Covid-19 transformou significativamente os ambientes de trabalho dos profissionais de saúde os quais tiveram que prestar cuidados sob uma forte pressão, num ambiente desfavorável e invulgar e com interações exigentes do ponto de vista emocional, cognitivo e físico (Veloso, 2020), em particular, a falta de civismo por parte dos utentes, com implicações no bem-estar desses profissionais (e.g., níveis de stress elevados, perceções e

sentimentos de insatisfação laboral, etc) (Babore et al., 2020). A falta de civismo, em particular, é atualmente um problema significativo no setor da saúde com efeitos negativos ao nível comportamental e psicológico, afetando especialmente os enfermeiros (Wilson et al., 2011). Os enfermeiros são a classe profissional que está mais exposta a episódios de violência e falta de civismo, uma vez que, são os profissionais que têm maior contacto direto com os utentes e seus familiares (Costa, 2018). A falta de civismo no local de trabalho afeta os enfermeiros no geral, independentemente de serem vítimas diretas ou não. Este tipo de comportamento tem consequências, não só ao nível da saúde e bem-estar dos profissionais de saúde, assim como afeta o desempenho profissional dos enfermeiros e diminui a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Hogarth et al., 2015).

Assim, e perante este cenário, a presente dissertação pretende avaliar em que medida a autonomia profissional e a falta de civismo por parte dos utentes afetam os níveis de bem-estar dos enfermeiros e, consequentemente, se existe relação entre a falta de sensação de bem-estar e as suas intenções de abandonar a profissão.

A presente dissertação encontra-se organizada da seguinte forma: introdução, a qual constitui o capítulo 1. No capítulo 2 é apresentada a revisão da literatura. O capítulo 3 encontra-se reservado para apresentar a metodologia utilizada. No capítulo 4 são expostos os resultados obtidos. E por último, no capítulo 5, são apresentadas as conclusões do trabalho, assim como as limitações e recomendações para estudos futuros.

## **CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1. O conceito de Bem-Estar**

A European Social Survey (ESS) apresenta uma estrutura relacionada com o bem-estar onde podemos encontrar, como uma das categorias, o bem-estar no trabalho, sendo que o mesmo resulta de uma avaliação geral que o trabalhador faz do seu trabalho, e é definida como uma atitude individual positiva e prazerosa em relação ao trabalho, alicerçado na percepção subjetiva das experiências laborais e do ambiente organizacional em que o trabalhador se encontra (Martínez, et al., 2008). Os principais fatores que influenciam uma maior sensação de bem-estar a nível físico, mental e emocional no trabalho passam por fatores como a segurança física, remuneração, suporte do supervisor, progressão de carreira e autonomia (Warr (2007). A qualidade de vida no trabalho oferece vantagens financeiras e competitivas à organização, assim como promove um ambiente de trabalho positivo (Susniene & Jurkauskas, 2009). Assim que foi dada a devida importância pelas organizações à qualidade de vida no trabalho, os seus trabalhadores começaram a ter uma vivência positiva trazendo benefícios para a organização. Com este efeito, aumentou o crescente interesse para a investigação do conceito bem-estar no trabalho (Danna & Griffin, 1999).

Desde a Grécia antiga, filósofos como Aristóteles dispensaram a sua atenção a decifrar a palavra felicidade sendo uma das componentes integrantes para uma vida saudável (Diener, Scollon & Lucas, 2003, citado por Siqueira & Padovam, 2008). Demócrito, por outro lado, acreditava que a vida feliz não dependia apenas da felicidade, mas também de como o ser humano reagia a diferentes situações e circunstâncias da sua vida, sendo um dos primeiros a dar ênfase ao conceito da subjetividade do bem-estar. (Santos, 2011).

Enquanto filósofos debatiam o conceito de felicidade, investigadores dedicaram-se a trazer evidências científicas sobre o bem-estar (Ryan & Deci, 2001). O conceito do bem-estar acabou por ser influenciado pela perspectiva da psicologia positiva construindo-se, progressivamente, como uma das áreas do conhecimento que acabou por suscitar muito interesse no campo da investigação científica. De uma forma geral, o conceito bem-estar tem vindo a englobar questões psicológicas ótimas do indivíduo (Deci & Ryan, 2008), contudo ao longo dos anos dedicados à investigação do tema, surgiram implicações teóricas e práticas

àquilo que consideramos bem-estar, uma vez que, irá influenciar a nossa forma de ajudar, aconselhar e também a forma como guiamos a nossa vida e tomamos decisões, havendo, conseqüentemente, implicações no âmbito da psicologia no que toca à promoção da saúde mental. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o conceito de saúde mental prende-se com a *“medida em que um individuo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar objetivos e satisfazer necessidades e, por outro lado, de lidar com o meio ambiente.”* (OMS, 1948, citado em Ryff & Singer, 1998). Posto isto, a saúde é vista como um estado de bem-estar físico, mental e social, não sendo considerada apenas como a ausência de doença.

Embora o nosso estilo de vida rotineiro não nos permita avaliar o que nos faz felizes ou realizados, nós acabamos por ser diariamente incitados a conseguir manter o nosso emprego, ou a protegemo-nos de possíveis ameaças à nossa saúde, a garantir a nossa estabilidade financeira e a praticar ações que promovam o nosso bem-estar físico, emocional e social. O tema do bem-estar acabou por ganhar relevância entre os investigadores e psicólogos procurando descobrir o quanto as pessoas se consideram felizes ou em que medida conseguem realizar plenamente as suas potencialidades tentando, com isto, compreender que fatores psicológicos podem integrar e influenciar essa mesma vida saudável.

Neste seguimento, desde os anos cinquenta que o tema “bem-estar” tem ganho uma maior relevância e, como referido anteriormente, tem sido alvo de diversos estudos científicos no âmbito de várias áreas disciplinares focadas na qualidade de vida do homem, relacionando o tema com a economia, saúde e psicologia (Caetano & Silva, 2010). Tais estudos contribuíram para a definição de duas perspetivas teóricas distintas relacionadas com o bem-estar, nomeadamente, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico.

### **2.1.1. Bem-Estar subjetivo**

O conceito de bem-estar nem sempre esteve ligado à satisfação com a vida ou a sentimentos positivos, inicialmente o conceito de bem-estar estaria ligado à economia, ou seja, a sua avaliação estaria relacionada com o rendimento e poder de compra, designando-se por bem-estar material. Contudo, com a evolução da sociedade e, conseqüentemente, um maior foco nos estudos relacionados com o bem-estar, tornou-se necessário considerar outros elementos para além dos materiais, como a saúde, qualidade de vida, liberdade, relações e

trabalho. Desta forma, por volta da década de 60, Wilson começou a considerar outras dimensões da vida dos indivíduos fazendo com que o conceito de bem-estar não se restringisse ao bem-estar material, começando a surgir outros conceitos relacionados com o bem-estar, nomeadamente o bem-estar subjetivo (Galinha, 2008).

O bem-estar subjetivo é definido, em geral, como a avaliação emocional e cognitiva que as pessoas fazem das suas vidas, incluindo sentimentos como a felicidade, aceitação, paz ou satisfação com a vida. O conceito de bem-estar subjetivo tem vindo a ganhar força no campo da investigação tendo surgido duas dimensões relacionadas com o conceito, sendo elas a dimensão afetiva e a dimensão cognitiva (Diener et al., 1999). A dimensão afetiva positiva corresponde as emoções como a alegria, afeição e orgulho enquanto, que a negativa, corresponde a emoções como a vergonha, culpa, tristeza e ansiedade (Galinha, 2008). A dimensão cognitiva pode ser personificada pelo conceito de satisfação com a vida. Esta avaliação é realizada através do julgamento que o próprio individuo faz da sua vida, estando esta avaliação comprometida através da comparação com o padrão selecionado pelo próprio individuo (Galinha, 2008). A dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo começou a ganhar relevância quando Fisch (2001) afirma que as correlações afetivas são influenciadas e determinadas pelos julgamentos cognitivos.

Em síntese, o ponto mais forte do modelo do Bem-Estar Subjetivo acabou por ser o aprofundamento dos afetos positivos e dos afetos negativos, contudo o facto de descuidar as dimensões psicológicas revelou-se uma desvantagem do modelo.

### **2.1.2. Bem-estar psicológico**

De forma a suprir as limitações da primeira perspetiva, no final dos anos 80, Carol Ryff propôs um modelo denominado Bem Estar Psicológico o qual defende que o estado de bem-estar pode ser identificado a partir dos recursos psicológicos que o indivíduo dispõe que são descritos a partir de seis dimensões centrais ao funcionamento psicológico positivo: autonomia, aceitação de si, relações positivas com os outros, crescimento pessoal, objetivos de vida e domínio do meio permitindo, ao individuo, conferir propósito à sua vida direcionando-a à autorrealização e desenvolvendo as suas potencialidades. No modelo de Carol Ryff as seis dimensões não são interpretadas como fatores que contribuem para o bem-

estar do indivíduo, mas sim como componentes do próprio bem-estar. Ou seja, o modelo apresentado por Carol Ryff apresenta-se de uma forma mais abrangente e diversificado em comparação ao modelo do bem-estar subjetivo pois tem como foco o funcionamento psicológico positivo do indivíduo e o seu desenvolvimento de competências permitindo integrar o bem-estar noutras áreas da saúde.

Concluindo, o modelo do Bem-Estar Psicológico difere do modelo do Bem-Estar Subjetivo no momento em que deixa de avaliar como indicadores do bem-estar conceitos como a felicidade e a satisfação. Embora o modelo do Bem-Estar Psicológico não recuse estes indicadores, refere-se aos mesmos como consequência de um conjunto de processos cognitivos, afetivos e emocionais. Neste modelo, a felicidade não é o fim último do bem-estar, mas sim componente do próprio bem-estar. A aceitação de si mesmo, o sentimento de progressão e crescimento enquanto pessoa, o acreditar que a vida é significativa, o estabelecimento de relações interpessoais positivas e a capacidade de gerir a própria vida com base nas exigências externas, são constituintes do Bem-Estar Psicológico (Novo, 2003).

### **2.1.3. Bem-estar no trabalho**

Como é de conhecimento geral, o trabalho ocupa e absorve grande parte da nossa vida adulta, constituindo-se um dos principais determinantes da saúde, bem-estar ou até mesmo da felicidade de um indivíduo, sendo por isso que conceitos como a saúde mental e bem-estar assumem um papel preponderante no contexto de trabalho. O bem-estar no trabalho não só se torna benéfico para os trabalhadores como também oferece vantagens emocionais, financeiras e competitivas às organizações (Warr, 2007).

A componente laboral representa um papel fundamental na vida dos indivíduos no sentido em que se apresenta como o espaço onde exteriorizam as suas potencialidades, aptidões e competências. Segundo Lévi-Leboyer (1994, in Vasconcelos, 2004), “*É o trabalho que de facto situa o indivíduo na sociedade, sendo através das experiências da vida ativa que são construídas a identidade e a personalidade de cada um*”, ou como refere Trigo (2002), o trabalho possibilita a cada indivíduo a oportunidade de procurar o seu reconhecimento social no meio onde está inserido. Podemos com isto dizer, que a vida laboral é uma das componentes que mais representa a experiência humana tornando-se relevante não

associar o trabalho apenas a um horizonte económico, uma vez que, a felicidade, o bem-estar e a qualidade de vida são influenciados por diversos acontecimentos que terão impacto no seu local de trabalho (Kendler & Karkowski-Shuman, 1997), retirando que se torna essencial tornar as organizações como lugares potenciadores destes sentimentos através de lugares saudáveis, pois conduz a uma melhor capacidade produtiva humana.

Posto isto, são valorizadas as organizações que começam a reconhecer os seus funcionários como o seu principal ativo e um dos melhores meios que dispõe para obter vantagem competitiva. Para tal fim, é necessário oferecer condições motivacionais que promovam a sua felicidade e bem-estar por meio de um ambiente que faça com que todos sejam tratados da mesma forma, onde exista liberdade, trabalho em equipa, transparência, respeito, delegação de tarefas, ética, canais abertos de comunicação, reconhecimento, desenvolvimento de capacidades individuais, permitindo obter como resultado o seu comprometimento para com a organização, maior participação nas responsabilidades para com a mesma e um maior envolvimento. Segundo Matos, é necessário não confundir qualidade de vida no trabalho com políticas de benefícios ou atividades festivas organizadas pela empresa, embora sejam importantes numa estratégia global não são fatores associados ao bem-estar do trabalhador. A qualidade de vida no trabalho está essencialmente relacionada com a cultura organizacional, ou seja, os valores da organização, a sua missão, a sua filosofia, as perspetivas de desenvolvimento pessoal e todos os fatores que permitam criar a identificação empresa-funcionário (Matos, 1996).

Posto isto, torna-se essencial as organizações priorizarem a felicidade dos seus funcionários promovendo o equilíbrio entre os sentimentos humanos e a racionalidade de produção, pois, conforme afirma Lykken (1999 in Amorim, 2002), a felicidade acaba por ser traduzida numa elevada produtividade dos seus indivíduos. Por outro lado, e segundo Alberto (2000) a felicidade dos funcionários traduz-se pelo sentimento de realização, prazer e satisfação dos indivíduos. Levando-nos a concluir que os indivíduos só atingirão a felicidade e estabilidade plena se a componente profissional também contribuir positivamente para esse fim.

## 2.2. O Bem-estar dos enfermeiros

A enfermagem é considerada uma ciência, uma vez que, procura evoluir através de novas descobertas e inovações, tendo como função prestar cuidados com base na empatia, respeito à dignidade e dedicação (Potter et al., 2013). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), a profissão de enfermagem tem como objetivo prestar cuidados ao ser-humanos ao longo do seu ciclo vital de forma a atingir a sua máxima capacidade funcional. O termo de promoção de saúde começou a ser utilizado com maior regularidade entre este grupo de profissionais de saúde, pois são os profissionais de enfermagem que ocupam uma maior posição no desenvolvimento e nos avanços da saúde (Vítor, Lopes & Ximenes, 2005).

Como já foi referido anteriormente, o tema da satisfação parte do pressuposto que influencia o desempenho do profissional podendo atuar sobre diversos comportamentos, quer sejam estes relacionados com a esfera profissional quer com a esfera social, interferindo com a saúde mental do indivíduo (Lawler, 1994). Torna-se compreensível admitir que, devido às exigências do tipo de trabalho de um profissional de enfermagem, os mesmos terão que ter condições que levem a uma satisfação com o seu trabalho permitindo estarem nas suas melhores capacidades, físicas e mentais, para garantir qualidade na assistência aos seus pacientes. O trabalho não é uma ação que sirva apenas para preencher as necessidades financeiras de um indivíduo. As questões emocionais são também atendidas por esta matéria, no sentido da realização pessoal, satisfação ou valorização. Por esta razão, a satisfação do trabalhador torna-se um indicador de qualidade da prestação de serviço.

A situação precária dos profissionais de enfermagem sempre foi motivo de discussão. Já na década de 70 a Organização Internacional do Trabalho apresentou um documento onde referia as condições de trabalho, vida e emprego dos enfermeiros na altura, estando referido o excesso de trabalho, ausência de períodos de descanso, turnos aos domingos e feriados sem justa compensação e o facto de os profissionais de enfermagem não serem ouvidos aquando de tomada de decisões acerca da prática profissional e das condições de trabalho (Rafone et al., 2005).

Na perspetiva da Ordem dos Enfermeiros (2002), para que exista qualidade nos serviços prestados aos cidadãos é necessário que as instituições de saúde desenvolvam esforços e recursos para proporcionar condições que criem um ambiente favorável ao

desenvolvimento profissional dos enfermeiros. As instituições de saúde existem para os cidadãos, também os profissionais de saúde em geral, e aqui em particular os enfermeiros, existem para servir os cidadãos.

Segundo Er e Spokmen (2018) a atividade do profissional de saúde implica exposição a determinados fatores de risco, uma vez que, são a classe profissional que passa mais tempo no cuidado aos doentes, tendo como consequência, uma maior exposição a infeções hospitalares por exemplo. São também expostos ao excesso de trabalho, a possíveis relações conflituosas entre enfermeiro e paciente ou entre colegas de trabalho, ou ainda exposição a casos de violência, tudo isto contribuindo para o desenvolvimento de um ambiente não saudável para o enfermeiro.

Episódios de falta de civismo por parte dos utentes não só traz consequências ao nível da saúde e bem-estar dos enfermeiros, como também afeta na prestação de cuidados de saúde de qualidade aos utentes (Hogarth et al. 2015). Torna-se, assim, urgente adotar medidas preventivas de violência psicológica direcionadas aos profissionais de saúde, de forma a assegurar o bem-estar e segurança nos enfermeiros.

### **2.3. Falta de civismo por parte dos utentes**

Segundo Schilpzand et al. (2016), a falta de civismo traduz-se em atitudes negativas e abusivas, contudo ambíguas quanto à intenção de prejudicar. As atitudes consideradas como falta de civismo passam por comportamentos como falar mal de um colega, fazer comentários depreciativos ou ignorar alguém deliberadamente. Segundo Dalal (2005), trata-se de uma falta de cidadania organizacional. Cortina et al. (2013), afirma que a falta de civismo, em ambiente organizacional, representa uma manifestação de parcialidade e discriminação no local de trabalho, muitas vezes atos involuntários e sem intenção de prejudicar.

A falta de civismo no local de trabalho é um problema significativo em espaços como hospitais e centros de saúde perturbando não apenas os médicos e enfermeiros que suportam os comportamentos negativos, mas também os cuidados prestados prejudicados, neste caso, pela falta de civismo dos utentes (Abdollahzadeh et al. (2017). Num estudo realizado por Meier (2005), constatou-se que quando alguém é desrespeitoso, rude ou insensível com os

outros num espaço de trabalho, o alvo não é o único a sofrer. A falta de civismo poderá prejudicar tanto a nível individual, grupal e também organizacional. A maneira como os funcionários se tratam uns aos outros ou a forma como os utentes respondem a um grupo de enfermeiros ou médicos, impacta não apenas a sua capacidade de trabalhar em equipa, mas também condiciona a interação com outros colegas ou pacientes.

Segundo Abdollahzadeh et al. (2017) os enfermeiros têm um importante papel na prevenção e no atenuar destes comportamentos. Nomeadamente, completar as tarefas com precisão e corretamente é um dos fatores mais importantes na prevenção de falta de civismo, pois, na maioria das vezes os casos de incivilidade surgem quando não são cumpridas corretamente as tarefas. Outra forma de prevenir a falta de civismo dos utentes passa por os enfermeiros terem a iniciativa de melhorar os seus conhecimentos e habilidades por forma a transmitirem aos utentes confiança nas respostas e nos cuidados. A falta de comunicação com os utentes e familiares são um dos fatores positivamente relacionados com a incivilidade nas instituições de saúde, pelo que melhorar essa comunicação poderá atenuar uma resposta mais agressiva por parte dos utentes.

Para além destas ações por parte dos enfermeiros, as instituições de saúde têm igualmente um papel na prevenção da falta de civismo por parte dos utentes. Segundo Abdollahzadeh et al. (2017), há algumas medidas que as instituições de saúde devem adotar por forma a prevenir tais ações de incivilidade. Nomeadamente, é necessário diminuir a carga de trabalho dado que o aumento da carga de trabalho conduz ao aumento da pressão e *stress* no trabalho o que, conseqüentemente, reduz a tolerância dos enfermeiros a situações de incivilidade e reduz a sua capacidade de prevenir essa mesma incivilidade. Alguns dos fatores que podem desencadear ações pouco cívicas por parte dos utentes estão relacionados com a gestão do hospital e não propriamente com os cuidados médicos, como por exemplo, horários das visitas ou longas filas de espera (Abdollahzadeh et al., 2017). Intervenções ao nível organizacional são particularmente importantes, uma vez que, hospitais e centros de saúde podem influenciar até certo ponto a fluidez do trabalho executado pelo grupo de enfermeiros através de uma melhor gestão de processos internos provocando, assim, uma possível diminuição de casos de incivilidade (Abdollahzadeh et al., 2017).

As ações de incivilidade têm consequências para as organizações, nomeadamente, um aumento do absentismo, uma redução no comprometimento para com a organização ou diminuição da produtividade (Schilpzand et al. 2016). Pesquisas realizadas por Bowling & Beehr (2006) mostram que o comportamento de falta de civismo encontra-se associado a taxas de *turnover* mais altas, aumento dos níveis de stress e maior probabilidade de agressões, como *bullying*, assédio moral e conflitos interpessoais. A falta de civismo no local de trabalho afeta negativamente a saúde e o bem-estar dos enfermeiros tendo um efeito destrutivo que se pode prolongar para além do local de trabalho, afetando a vida familiar e social dos profissionais de saúde (Costa, 2018). Assim sendo, e tendo por base o que atrás se referiu a propósito da falta de civismo praticada pelos utentes associada ao bem-estar dos enfermeiros, formulou-se a seguinte hipótese de investigação:

**H1:** A falta de civismo por parte dos utentes está negativamente relacionada com o bem-estar dos enfermeiros

#### **2.4. Autonomia profissional**

A autonomia profissional é muitas vezes confundida com autonomia pessoal, ou autonomia no trabalho ou uma junção das duas. A autonomia profissional consiste na crença na centralidade do paciente quando se toma decisões responsáveis, quer seja de forma dependente ou independente, que refletem a defesa do paciente. A autonomia profissional em enfermagem define-se como a disposição compreendida pelos enfermeiros para agir como uma profissão responsável, ou seja, a autonomia é a capacidade que os enfermeiros têm em cumprir as suas funções profissionais numa forma autodeterminada não descurando aspetos legais, éticos e práticos da profissão (Wade, 1999). Os enfermeiros autónomos são responsáveis pelas suas decisões. Todos os enfermeiros que integram com sucesso os comportamentos associados à autonomia profissional em enfermagem percebem que têm controlo sobre o seu ambiente de trabalho e sobre a sua profissão.

A autonomia profissional normalmente está associada a aspetos positivos da satisfação com o trabalho, uma vez que, confere ao indivíduo uma maior dependência para tomar decisões relacionadas com o seu trabalho e maior liberdade em decidir o seu próprio

ritmo e horário de trabalho (Timming, 2010). Segundo um estudo realizado por Ribeiro (2009), os enfermeiros que percebem níveis mais elevados de autonomia profissional estão mais satisfeitos com a sua profissão.

Um dos aspetos da autonomia profissional que também tem um impacto positivo na satisfação e felicidade dos trabalhadores passa pela definição de metas (Silva et al. 2009). Segundo a teoria da motivação desenvolvida por Locke (1990), os objetivos indicam ao colaborador qual a meta a atingir e quais os esforços necessários para a alcançar, sendo assim, quanto maior for o envolvimento do colaborador na definição de objetivos maior o comprometimento na concretização dos mesmos. Contudo, é essencial que os objetivos sejam realistas e mensuráveis e que haja *feedback* regular por parte da organização de forma a aumentar a motivação do colaborador, e consequentemente, a sua produtividade (Amorim, 2013).

Vários estudos que analisam o bem-estar no trabalho referem que, os trabalhadores por conta própria apresentam níveis de maior satisfação e felicidade do que os trabalhadores por conta de outrem (Millán, et al., 2013). A razão para esta diferença surge com o facto de que os trabalhadores por conta própria apresentam uma maior independência e autonomia que os trabalhadores por conta de outrem (Warr, 2018).

Posto isto, o bem-estar dos enfermeiros pode ser influenciado por diversos fatores, sendo um deles, a autonomia. Constata-se que nos últimos anos, o setor da saúde, nomeadamente, a enfermagem tem sofrido uma evolução ao nível da formação académica e produção de conhecimento. A nível profissional foi também visível uma evolução com a criação da Ordem dos Enfermeiros em 1998, que veio regulamentar os aspetos disciplinares e deontológicos (Poeira, 2016). Todas estas mudanças permitiram aumentar os níveis de autonomia entre os profissionais de enfermagem, onde o mesmo tem as competências e permissões para avaliar, planear e executar, sendo que no fim do processo tem, ainda, a possibilidade de ver os resultados das suas ações autónomas e próprias (Poeira, 2016). Neste seguimento, o facto de os profissionais de enfermagem terem cada vez mais qualificações e competência nas funções que desenvolvem quotidianamente, veio influenciar a sua satisfação profissional e consequentemente, aumentar os níveis de retenção dos enfermeiros, assim como, o seu compromisso para com a organização (Silva et al. 2009).

Relativamente à hipótese 2, pretende-se determinar se o bem-estar dos enfermeiros se encontra relacionado com a autonomia que os mesmos experienciam no seu local de trabalho. Para tal, será testada a seguinte hipótese:

**H2:** A autonomia no trabalho está positivamente relacionada com o bem-estar dos enfermeiros

## **2.5. Intenção de abandonar a profissão**

A intenção de abandonar a profissão é definida como a antecipação dos enfermeiros em abandonar o cargo num futuro previsível (Price & Mueller, 1981). Pode, também, ser descrita como uma reação em cadeia, ou seja, muitos enfermeiros deixam primeiro o setor, depois o hospital e, por fim, a profissão (Morrell, 2005). A intenção de abandonar a profissão não leva, necessariamente à decisão de abandoná-la, no entanto, toda a ação é precedida com a intenção de o fazer. Recentemente, a intenção de abandonar a profissão por parte dos enfermeiros tem sido motivo de preocupação devido ao “*demographic time bomb*” Hill (2007). A esperança média de vida subiu nos últimos anos e a atual geração de idosos ocupa um grande número na sociedade. Ao mesmo tempo, espera-se que esses idosos vivam mais tempo, contudo, e segundo Boyle et al. (1999), não se espera que sejam mais saudáveis, portanto, a procura por cuidados de saúde aumentará substancialmente. Por esta razão, um abandono massivo e precoce por parte dos enfermeiros do mercado de trabalho causaria escassez de trabalhadores e uma perda substancial de competências e conhecimentos. A rotatividade profissional não é apenas uma questão individual, mas também uma importante questão organizacional e social.

Um estudo realizado por Heijden (2009), concluiu que um dos principais fatores ligados à intenção de abandonar a profissão por parte do grupo de enfermeiros passa pela insatisfação no trabalho, posto isto torna-se essencial que as organizações se concentrem nos fatores interpessoais de forma a promover a satisfação no trabalho e, conseqüentemente, evitar a intenção de abandono da profissão. Enfermeiros que experienciaram o apoio de supervisores e colegas apresentam níveis de satisfação superiores. Segundo Beehr et al. (2000), tendo o apoio dos outros espera-se que a ajuda direta, feedback contante, uma boa

comunicação e empatia afetará não apenas a satisfação com o trabalho e uma menor intenção de abandonar a profissão, como também irá aumentar o seu desempenho, produtividade e comprometimento para com a organização.

Para além do impacto do apoio social, tanto dos supervisores como dos colegas, a qualidade da liderança aparece, também, como um dos fatores influenciadores na tomada de decisão relativamente ao abandono da profissão. Segundo o estudo de Heijden (2009), os enfermeiros apresentam maiores níveis de satisfação quando a liderança investiu ativamente num clima de trabalho positivo, estabeleceu objetivos e metas claras e prestou atenção às suas necessidades de desenvolvimento, promovendo, conseqüentemente, a maiores níveis de retenção.

Posto isto, sabe-se que a prática de enfermagem exige uma alta carga física e mental podendo, não só, afetar a saúde dos trabalhadores e o seu desempenho, como também, a sua qualidade de vida. Fatores que conduzam a um mau estar dos enfermeiros no seu ambiente de trabalho conduzem a uma intenção de abandonar a profissão (Estryn-Behar et al. 2005) De forma a estudar a relação entre estas duas variáveis definiu-se a H3 apresentada em seguida:

**H3:** O bem-estar nos enfermeiros está negativamente relacionado com a intenção de abandonar a profissão

A Figura 1 apresenta o modelo de investigação que reflete as relações propostas entre as variáveis em estudo.

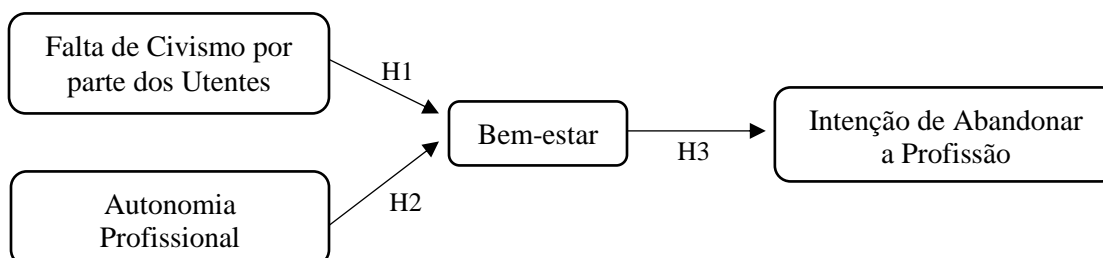


Figura 1- Modelo de Investigação

## CAPÍTULO III: METODOLOGIA

### 3.1. Metodologia

A investigação foi realizada no setor da saúde e direcionada a profissionais de enfermagem. Optou-se por um estudo do tipo descritivo e correcional com recurso a técnicas de análise quantitativa. Este tipo de estudo tem como objetivo explorar e determinar a existência de uma relação entre as variáveis com a finalidade de descrever essas mesmas relações (Fortin, 1999). A recolha dos dados foi feita através de um inquérito por questionário, permitindo, assim, contrastar as hipóteses com os dados empíricos.

Numa primeira fase foi realizado um pré-teste do questionário a seis enfermeiros de forma a garantir que as questões eram claras para os inquiridos. Foi recebido *feedback* por parte dos participantes, levando a algumas alterações, nomeadamente correção de erros de sintaxe e gramaticais. Feitas as correções e descartadas as respostas do teste, procedeu-se com a divulgação do inquérito pelas diversas vias, nomeadamente, e-mail (pessoal e institucional), redes sociais (Facebook e LinkedIn) e pessoalmente. A amostra deste estudo foi escolhida de forma não probabilística, através do método de amostragem por conveniência, “bola de neve” e autosseleção no qual se recorre a indivíduos que estejam facilmente disponíveis para participar no estudo. A recolha dos dados foi realizada garantindo sempre o anonimato e confidencialidade tanto dos inquiridos como das suas entidades empregadoras. O questionário esteve disponível desde 25 de maio de 2022 a 04 de agosto de 2022. Os dados recolhidos foram tratados no *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

### 3.2. Participantes

A amostra final é constituída por 201 indivíduos, sendo a vasta maioria (85.1%) do sexo feminino. Relativamente à faixa etária, a maioria dos indivíduos tem entre os 25 e 45 anos de idade, representando um total de 79.1%, seguindo-se os indivíduos com mais de 45 anos representando 12.43% da população, e por fim os indivíduos com menos de 25 anos, que representam um total de 8.46%.

No que diz respeito ao total de horas trabalhadas por semana, 2,5% dos inquiridos trabalha menos que 35 horas semanais, 71.1% trabalha entre 36 horas a 45 horas semanais,

21.9% trabalha entre 46 horas e 55 horas semanais, e por último, 4,5% dos indivíduos trabalha mais do que 56 horas semanais.

### **3.3. Variáveis e Instrumentos**

De forma a medir as diversas variáveis necessárias a este estudo, recorreu-se a escalas já existentes com alto nível de confiabilidade. As qualidades métricas das escalas e subescalas na amostra foram posteriormente avaliadas através da análise da fidelidade, validade e sensibilidade.

#### **3.3.1. Falta de Civismo por parte dos Utentes**

A primeira parte do questionário diz respeito à Falta de Civismo dos Utentes cuja a mensuração foi feita através do questionário proposto por Wilson & Holmvall (2013) designado por “*The Development and Validation of the Incivility From Customers Scale*”, constituído por 21 itens. A variável é medida através de uma escala de tipo Likert de 7 pontos, sendo as medidas as seguintes: 1 “Nunca”, 2 “Raramente”, 3 “Uma vez por mês”, 4 “Uma vez por semana”, 5 “Diariamente”, 6 “Duas a três vezes por dia” e 7 “Mais do que três vezes por dia”. Em termos de Sensibilidade da escala, podemos verificar na Tabela I, que a mesma apresenta uma ligeira assimetria à direita (assimetria = 0,616). Os resultados apresentam, no entanto, uma distribuição normal com um valor de 1,14435 como podemos verificar na Tabela I, sendo que se encontram dentro do intervalo  $]-2 ; 2[$  ( Pestana & Gageiro, 2014).

Segundo Otieno (1997), a curtose é uma medida que determina o achatamento da curva da função, caso apresente um valor igual a zero a função toma o nome de mesocúrtica. Segundo o mesmo autor, caso a função tome valores superiores a zero a mesma denomina-se de leptocúrtica. Por último, caso a função apresente valores menores que 0 a função toma o nome de platicúrtica. No que diz respeito à curtose do estudo em causa, e segundo Otieno (1997), estamos perante uma distribuição platicúrtica com um valor menor que 0 (-0,083) onde podemos observar na Tabela I.

Tabela I – Análise da Sensibilidade (Falta de Civismo Utentes)

FCU		
N	Válido	201
	Omisso	0
	Média	3,4501
	Mediana	3,2857
	Moda	3,24 <sup>a</sup>
	Erro Desvio	1,14435
	Assimetria	,616
	Erro Assimetria	,172
	Curtose	-,083
	Erro Curtose	,341

a. Há várias modas. O menor valor é mostrado

Segundo George and Mallery (2003), o valor de Alfa de Cronbach pode variar entre 0 e 1, sendo que valores superiores a 0,9 significa que os valores apresentam uma consistência muito boa, valores entre 0,8 e 0,9 apresentam uma consistência boa, valores entre 0,7 e 0,8 apresentam valores com uma consistência razoável, valores entre 0,6 e 0,7 apresentam uma consistência fraca e, por último, para valores inferiores a 0,6 a sua consistência é inadmissível, Relativamente à Fidelidade da escala do estudo em causa, obteve-se um Alfa de Cronbach muito elevado, de 0,958 como podemos verificar na Tabela II. Através da análise a cada um dos itens individualmente, verificou-se que não seria necessário recorrer à eliminação de nenhum item, visto que o valor de alfa não sofreria alterações significativas.

Tabela II – Análise da Fidelidade (Falta Civismo Utentes)

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Baseado em Itens	N de Itens
,958	,958	21

De forma a aferir a Validade da escala, recorreu-se à análise fatorial exploratória. Segundo Maroco (2007), o teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis. Quanto mais próximo o valor estiver de 1 melhor o resultado, ou seja, mais adequada é a amostra à aplicação da análise fatorial. No estudo em causa obteve-se um valor Kaiser-Meyer-Olkin consistente,

(KMO= 0.956), visível na Tabela III, com esfericidade dos dados (Sig=0,000) demonstrando que as variáveis estão significativamente correlacionadas (Maroco, 2007). Podemos ainda aferir a correlação entre as variáveis, através do valor resultante do teste de Bartlett (Chi-Square = 3084.488 e p= 0.000).

Tabela III – Análise da Validade (Falta Civismo Utentes)

KMO e Teste de Bartlett		
Keiser-Meyer-Olkin Medida de Adequação da Amostragem		,956
Teste de Esfericidade de Bartlett	Aprox. Chi-Square	3084,488
	df	210
	Sig.	,000

### 3.3.2. Autonomia

A segunda parte é referente à Autonomia. Para medir este conceito foi utilizado a escala “*Work Autonomy*” de Breugh’s (1999) constituído por 9 itens. A variável é medida através de uma escala de tipo Likert de 7 pontos, sendo as medidas as seguintes: 1”Discordo Totalmente”, 2 “Discordo”, 3 “Discordo Ligeiramente”, 4 “Não Concordo nem Discordo”, 5 “Concordo Ligeiramente”, 6 “Concordo”, 7 “Concordo Totalmente”. Relativamente à Sensibilidade da escala, podemos verificar que a mesma apresenta uma assimetria à esquerda (assimetria = -0.619) como é possível averiguar na Tabela IV. Os resultados apresentam uma distribuição normal, dado que estão dentro do intervalo ]-2 ; 2[ ( Pestana & Gageiro, 2014). No que diz respeito à curtose, segundo Otieno (1997), estamos perante uma distribuição leptocúrtica uma vez que o valor de 0,121 é superior a 0.

Tabela IV - Análise da Sensibilidade (Autonomia)

AUT

N	Válido	201
	Omisso	0
	Média	4,8386
	Mediana	4,8889
	Moda	4,44
	Erro Desvio	1,02028
	Assimetria	-,619
	Erro Assimetria	,172
	Curtose	,121
	Erro Curtose	,341

a. Há várias modas. O menor valor é mostrado

No que toca à Fidelidade da escala, obteve-se um valor de Alfa de Cronbach com uma consistência muito boa, segundo George and Mallery (2003), de 0,861 como podemos observar na Tabela V.

Tabela V – Análise da Fidelidade (Autonomia)

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Baseado em Itens Padronizados	N de Itens
,861	,864	9

Por último, analisando a Validade da escala, e recorrendo novamente ao método de análise fatorial, foi possível obter um valor de Kaiser-Meyer-Olkin considerado excelente (KMO = 0.853) como podemos verificar na Tabela VI, com esfericidade dos dados (Sig<0,001) demonstrando que as variáveis estão significativamente correlacionadas (Maroco, 2007). Podemos ainda aferir ainda a correlação entre as variáveis, através do valor resultante do teste de Bartlett (Chi-Square = 777,77 e p< 0.001).

Tabela VI – Análise da Validade (Autonomia)

KMO e Teste de Bartlett		
Keiser-Meyer-Olkin Medida de Adequação da Amostragem		,853
Teste de Esfericidade de Bartlett	Aprox. Chi-Square	777,77
	df	36
	Sig.	<,001

### 3.3.3. Bem-estar

A terceira parte é referente à variável Bem-estar. Para medir este conceito foi utilizado a escala “*The Satisfaction With Life Scale*” de Diener et al (1985) na versão traduzida por Gouveia et al (2008) constituído por 5 itens. A variável é medida através de uma escala de tipo Likert de 3 pontos, sendo as medidas as seguintes: 1 “Concordo”, 2 “Neutro” e 3 “Discordo”.<sup>3</sup> Relativamente à Sensibilidade da escala, podemos verificar que a mesma apresenta uma assimetria à direita (assimetria = 0.142). Os resultados apresentam, no entanto, uma distribuição normal, dado que estão dentro do intervalo ]-2 ; 2[ ( Pestana & Gageiro, 2014). No que diz respeito à curtose, estamos perante uma distribuição platicúrtica,

uma vez que, apresenta um valor menos que 0, respetivamente, -1,210 como podemos observar na tabela VII (Otieno, 1997).

Tabela VII - Análise da Sensibilidade (Bem-estar)

BE		
N	Válido	201
	Omisso	0
	Média	1,8438
	Mediana	1,8
	Moda	1,00 <sup>a</sup>
	Erro Desvio	,5859
	Assimetria	,142
	Erro Assimetria	,172
	Curtose	-1,210
	Erro Curtose	,341

a. Há várias modas. O menor valor é mostrado

Relativamente à Fidelidade da escala, obteve-se um Alfa de Cronbach elevado, de 0,855 com uma consistência muito boa, segundo George and Mallery (2003), como podemos observar na tabela VIII.

Tabela VIII - Análise da Fidelidade (Bem-estar)

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Baseado em Itens Padronizados	N de Itens
,855	,859	5

No que toca à Validade da escala, e recorrendo novamente ao método de análise fatorial, foi possível obter um valor de KMO de 0,858 considerado excelente, como podemos observar na Tabela IX, com esfericidade dos dados (Sig<0,001) demonstrando que as variáveis estão significativamente correlacionadas (Maroco, 2007). Podemos ainda aferir ainda a correlação entre as variáveis, através do valor resultante do teste de Bartlett (Chi-Square = 448,834 e p< 0.001).

Tabela IX - Análise da Validade (Bem-estar)

KMO e Teste de Bartlett		
Keiser-Meyer-Olkin Medida de Adequação da Amostragem		,858
Teste de Esfericidade de Bartlett	Aprox. Chi-Square	448,834
	df	10
	Sig.	<,001

### 3.3.4. Intenção de Abandonar a Profissão

A terceira e última parte é referente à variável Intenção de Abandonar a Profissão. Foi utilizada a escala “*Three Item Scale*”, de Van der Heijden et al (2018), apresentada mais uma vez numa escala tipo Likert com 5 pontos. As medidas são as seguintes: 1 “Nunca”, 2 “Algumas vezes durante o ano”, 3 “Algumas vezes durante o mês”, 4 “Algumas vezes durante a semana” e 5 “Todos os dias”. Relativamente à Sensibilidade da escala, podemos verificar que a mesma apresenta uma assimetria à direita (assimetria = 0,123). Os resultados apresentam, no entanto, uma distribuição normal, dado que estão dentro do intervalo ]-2 ; 2[ (Pestana & Gageiro, 2014). No que diz respeito à curtose, estamos perante uma distribuição platicúrtica como podemos observar na tabela X, uma vez que, apresenta um valor menor que 0, respetivamente, -1,272 (Otieno, 1997).

Tabela X - Análise da Sensibilidade (Intenção de Abandonar a Profissão)

IAP

N	Válido	201
	Omisso	0
Média		3,0813
Mediana		3,0000
Moda		2,00
Erro Desvio		1,26909
Assimetria		,123
Erro Assimetria		,172
Curtose		-1,272
Erro Curtose		,341

a. Há várias modas. O menor valor é mostrado

Em termos de Fidelidade da escala utilizada, obteve-se um valor de Alpha de Cronbach bastante satisfatório e com uma consistência muito boa ( $\alpha = 0,879$ ) com uma consistência muito boa, segundo George and Mallery (2003), como podemos observar na tabela XI.

Tabela XI - Análise da Fidelidade (Intenção de Abandonar a Profissão)

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Baseado em Itens Padronizados	N de Itens
,879	,877	3

Relativamente à Validade da escala, e recorrendo novamente ao método de análise fatorial, foi possível obter um valor de KMO de 0,691 para a realização da análise fatorial, com esfericidade dos dados ( $\text{Sig} < 0,01$ ) demonstrando que as variáveis estão significativamente correlacionadas (Maroco, 2007). Podemos ainda aferir, na tabela XII, a correlação entre as variáveis, através do valor resultante do teste de Bartlett (Chi-Square = 371,151 e  $p < 0,01$ ).

Tabela XII - Análise da Validade (Intenção de Abandonar a Profissão)

KMO e Teste de Bartlett		
Keiser-Meyer-Olkin Medida de Adequação da Amostragem	,691	
Teste de Esfericidade de Bartlett	Aprox. Chi-Square	371,151
	df	3
	Sig.	<,001

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Neste capítulo, após aferição da qualidade psicométrica das escalas, são apresentados os resultados obtidos através da observação das variáveis e os resultados relativos aos testes de hipóteses.

### 4.1. Medidas de Tendência Central e Normalidade

Em termos de estatística descritiva, iniciou-se com a análise descritiva das diversas variáveis (Falta de Civismo dos Utentes, Autonomia, Bem-estar e Intenção de Abandonar a Profissão), avaliando as medidas de tendência central e de dispersão (Tabela XIII):

Tabela XIII - Medidas de tendência central dispersão e normalidade para as variáveis em estudo

Variáveis	Média	Mediana	Desvio-Padrão
Falta de Civismo dos Utentes	3,45	3,285	1,144
Autonomia	4,838	4,888	1,02
Bem-estar	1,843	1,8	0,585
Intenção de Abandonar a Profissão	3,081	3	1,269

Analisando os valores referentes ao desvio padrão podemos constatar que a variável “Bem-estar” apresenta um valor favoravelmente baixo, podendo igualmente concluir que o nível de perceção entre os inquiridos é semelhante para as questões que compõem a escala. Relativamente às variáveis “Falta de Civismo dos Utentes”, “Autonomia” e “Intenção de Abandonar a Profissão” o desvio padrão apresenta valores superiores o que indica que as respostas às questões que compõem as diferentes escalas tornam-se menos homogéneas.

### 4.2. Correlações

De forma a analisar a relação entre as diversas variáveis, recorreu-se à aplicação do Coeficiente de Correlação de Pearson. O Coeficiente de Correlação de Pearson é indicativo de que existe uma relação linear entre duas variáveis, quando o valor de  $p$  se encontra num intervalo  $]-1;1[$ . O sinal indica direção positiva ou negativa do relacionamento e o valor sugere a força da relação entre as variáveis (Filho & Júnior, 2009). Para Silva e Shimakura (2006), interpreta a magnitude dos coeficientes da seguinte forma:  $r = 0$  até  $r = 0,19$  (muito

fraca);  $r = 0,20$  até  $r = 0,39$  (fraca);  $r = 0,40$  até  $r = 0,69$  (moderada);  $r = 0,70$  até  $r = 0,89$  (forte);  $r = 0,90$  até  $r = 1$  (muito forte).

Testou-se desta forma a correlação entre as diferentes escalas podendo observar os resultados na tabela XIV.

Tabela XIV -Coeficiente de Correlação de Pearson para as escalas em estudo

Variáveis	FCU	AUT	BE	IAP
<b>FCU</b>	1	-,354**	-,434**	,386**
<b>AUT</b>	---	1	,340**	-,273**
<b>BE</b>	---	---	1	-,546**
<b>IAP</b>	---	---	---	1

\*\* A correlação é significativa ao nível de 0.01 (2 extremidades).

É possível observar através dos valores obtidos que existe uma correlação negativa moderada entre as variáveis Bem-estar e Falta de Civismo entre os Utentes e as variáveis Intenção de Abandonar a Profissão e o Bem-estar. No que toca à relação entre as variáveis Falta de Civismo entre os Utentes e Autonomia e entre as variáveis Intenção de Abandonar a Profissão e a Autonomia podemos constatar uma correlação negativa fraca. Verifica-se, ainda, uma correlação positiva fraca entre o Bem-estar e Autonomia e entre as variáveis Intenção de Abandonar a Profissão e a Falta de Civismo entre os Utentes.

### 4.3. Testes de Hipóteses

De forma a estudar e validar as hipóteses definidas para este estudo, recorreu-se à análise multivariada dos dados obtidos, através da estimação de modelos de regressão linear múltipla (Anexo G). Segundo Pestana e Gageiro (2014) o modelo de regressão linear permite analisar a relação existente entre uma variável dependente e variáveis independentes (também denominadas variáveis explanatórias ou regressores).

H1: A Falta de Civismo dos Utentes está negativamente relacionada com o Bem-estar dos enfermeiros

A H1: “A Falta de Civismo dos Utentes está negativamente relacionada com o Bem-estar” pretende avaliar a influência da falta de civismo praticada pelos utentes no bem-estar

dos enfermeiros, aferindo se esta existe de facto, e se sim, até que ponto podemos mesurar esta influência.

Para estabelecer a relação entre a Falta de Civismo dos Utentes e o Bem-estar, efetuou-se uma única regressão linear simples como podemos observar através da tabela XVI, em que se assume o Bem-estar como variável dependente e a Falta de Civismo dos Utentes como variável independente.

Tabela XV - Resumo do Modelo da Análise da Regressão Linear (Falta de Civismo dos Utentes/ Bem-estar)

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão de estimativa
1	,434 <sup>a</sup>	,188	.184	,52926

a. Preditores: (Constante), Falta de Civismo dos Utentes

Tabela XVI - Coeficientes da Análise de Regressão Linear (Falta de Civismo dos Utentes/ Bem-estar)

Modelo		Coeficiente não Padronizado		Coeficiente Padronizado B	t	Sig.
		B	Erro Erro			
1	(Constante)	2,61	,119		21,959	<,001
	Falta de Civismo dos Utentes	-,222	,033	-,434	-6,789	<,001

a. Variável Dependente: Bem-estar

Através da tabela XVI podemos observar que apenas 18,8% ( $R^{2b}=0,188$ ) da variabilidade do Bem-estar é explicada pela Falta de Civismo dos Utentes, o que indica que a relação linear entre ambas não é forte, sendo os restantes 81,2% explicados por outros fatores dentro da variável aleatória. O erro padrão da estimativa é de 0,530. No entanto, podemos considerar o modelo como tendo explicação negativa significativa como podemos observar através da tabela XVI ( $\beta=-0,434$ ;  $t=-6,789$ ;  $p < 0,001$ ).

A H1 foi comprovada, tendo sido estabelecida uma correlação negativa (-0,434) entre a variável Falta de Civismo dos Utentes e a variável Bem-estar. Deste modo quanto maior forem os níveis de falta de civismo por parte dos utentes e que os enfermeiros experienciam,

menor serão os níveis de bem-estar dos profissionais de saúde. Posto isto, os resultados estão em linha com a literatura existente. Schilpzand et al. (2016), confirma igualmente que a forma como os utentes respondem a um grupo de enfermeiros impacta não apenas a sua capacidade de trabalhar em equipa, mas também condiciona a interação com outros colegas ou utentes.

Estas ações de incivilidade poderão traduzir-se em níveis de bem-estar baixos e trazer como consequência para a organização, um aumento do absentismo, uma redução no comprometimento para com a organização ou diminuição da produtividade.

### H2: A Autonomia está positivamente relacionada com o Bem-estar dos enfermeiros

De forma a aferir a validade desta hipótese e a estudar a relação entre as variáveis que a compõem, recorreu-se novamente à estimação do modelo de regressão linear tendo como variável dependente o Bem-estar e como variável independente a Autonomia.

Tabela XVII - Resumo do Modelo da Análise da Regressão Linear (Autonomia / Bem-estar)

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão de estimativa
1	,340 <sup>a</sup>	,116	.111	,55235

a. Preditores: (Constante), Autonomia

Tabela XVIII - Coeficientes da Análise de Regressão Linear (Autonomia/ Bem-estar)

Modelo		Coeficiente não Padronizado		Coeficiente Padronizado B	t	Sig.
		B	Erro Erro			
1	(Constante)	,899	,189		4,748	<,001
	Falta de Civismo dos Utentes	,195	,038	,340	5,102	<,001

a. Variável Dependente: Bem-estar

A qualidade do ajustamento é fraca, sendo que apenas 11,6% ( $R^{2b}=0,116$ ) da variabilidade do Bem-estar se deve à Autonomia. O erro padrão da estimativa é de 0,552. No entanto, podemos considerar o modelo como tendo explicação positiva significativa ( $\beta=0,340$ ;  $t=5,102$ ;  $p<0,001$ ) constatando que existe uma ligação positiva entre as variáveis Autonomia e Bem-estar.

A H2: “A Autonomia está positivamente relacionada com o Bem-estar dos enfermeiros” foi comprovada, tendo sido estabelecida uma correlação positiva entre as variáveis Autonomia e Bem-estar (0,340). Posto isto, quanto maior forem os níveis de autonomia que os enfermeiros têm em cumprir a sua função, maior serão os níveis de bem-estar. A conclusão encontra-se alinhada com a literatura existente. Fernandes (2007) afirma que no decorrer do trajeto da profissão de enfermagem, houve uma evolução no que toca ao reconhecimento da importância da responsabilidade autónoma de cuidados ao utente pela visão do bem-estar físico, social e psicológico do enfermeiro.

H3: O efeito de Bem-estar nos enfermeiros está negativamente relacionado com a Intenção de Abandonar a Profissão

Para testar a seguinte hipótese procedeu-se a uma regressão linear múltipla, considerando como variável dependente a Intenção de Abandonar a Profissão e como variável independente o Bem-estar.

Tabela XIX - Resumo do Modelo da Análise da Regressão Linear (Intenção de Abandonar a Profissão / Bem-estar)

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão de estimativa
1	,546 <sup>a</sup>	,299	,295	1,06560

a. Preditores: (Constante), Bem-estar

Tabela XX - Coeficientes da Análise de Regressão Linear (Intenção de Abandonar a Profissão/ Bem-estar)

Modelo		Coeficiente não Padronizado		Coeficiente Padronizado B	t	Sig.
		B	Erro Erro			
1	(Constante)	5,263	,249		21,159	<,001
	Falta de Civismo dos Utentes	-1,183	,129	-,546	-9,202	<,001

a. Variável Dependente: Intenção de Abandonar a Profissão

Relativamente à qualidade do ajustamento está representada por 29,9% ( $R^{2b}=0,229$ ) como podemos observar na tabela XIX, ou seja, 29,9% da variabilidade da Intenção de Abandonar a Profissão deve-se ao Bem-estar. O erro padrão da estimativa é de 1,066. O modelo apresenta explicação significativa ( $\beta=-0,546$ ;  $t=-9,202$ ;  $p < 0,001$ ) constatando que existe de facto uma ligação positiva entre ambas as variáveis.

A H3: “O efeito de Bem-estar nos enfermeiros está negativamente relacionado com a Intenção de Abandonar a Profissão” pode ser confirmada, podendo observar-se a correlação negativa entre a escala do bem-estar e a intenção por parte dos enfermeiros de abandonar a profissão (-0,546). Desta forma, os resultados encontram-se em linha com a literatura existente, indo de encontro à conclusão do estudo realizado por Sharififard et al. (2019) em que determina que as principais causas que levam os enfermeiros a abandonar a profissão passam por ambientes de stress e um clima de trabalho negativo que conduzem a um impacto negativo na saúde dos enfermeiros.

## **CAPÍTULO V: DISCUSSÃO**

Foi aplicado um inquérito a uma amostra de 201 enfermeiros de diversas entidades empregadoras públicas e privadas, tendo em vista analisar e refletir acerca de alguns fatores que poderão influenciar o bem-estar dos enfermeiros, nomeadamente, a autonomia no trabalho e o impacto da falta de civismo por parte dos utentes. Pretendeu-se ainda identificar em que medida a ausência de bem-estar poderia levar os enfermeiros a quererem abandonar a profissão.

### **5.1. Conclusões e Contributos**

No que concerne às correlações encontradas entre as variáveis medidas pelas escalas utilizadas, foi possível observar uma tendência para que os participantes que experienciam maiores níveis de autonomia e menores níveis de falta de civismo por parte dos utentes tenham, conseqüentemente, maiores níveis de bem-estar. Verificou-se, também, que os mesmos indivíduos que experienciam maiores níveis de sensação de bem-estar têm menores intenções de abandonar a profissão.

Uma das problemáticas estudadas, e como já foi referido, foi a falta de civismo por parte dos utentes e o impacto que a mesma variável pode ter no bem-estar dos enfermeiros. Com base no estudo, foi possível retirar que a violência psicológica que os utentes exercem nos enfermeiros tem impacto no seu bem-estar e, conseqüentemente, poderá trazer distanciamento físico e mental dos profissionais de saúde na prestação de cuidados, o que pode pôr em causa a qualidade dos cuidados de enfermagem. Posto isto, torna-se urgente adotar medidas de prevenção cruciais para evitar e reduzir episódios de falta de civismo no local de trabalho, nomeadamente, episódios de violência verbal, discriminação, ameaça, assédio sexual ou difamação.

Neste seguimento, em 2006, a Direção Geral de Saúde propôs um conjunto de medidas preventivas à violência, nomeadamente, a violência psicológica exercida nos enfermeiros, promovendo ações de formação focadas em três níveis: o nível macro (legais, sociais e políticas), o nível meso (formações dirigidas a dirigentes profissionais de saúde e utentes, com foco nas condições de trabalho e acesso aos serviços de saúde) e por último a nível micro (com foco nos procedimentos de segurança, mecanismos de notificação de

incidentes e formação em resolução de conflitos). Contudo, segundo a Direção Geral de Saúde, existe uma grande falha ao nível das intervenções micro, uma vez que, os profissionais de saúde não participam nas formações.

Segundo um estudo e uma observação realizado por Coelho (2020), os profissionais de saúde que assinalaram não terem sido vítimas de violência física ou psicológica podem estar inseridos numa cultura de aceitação de violência. Posto isto, é fundamental reforçar junto dos profissionais de saúde que a notificação para casos de falta de civismo por parte dos utentes e a participação em formações que permitiam gerir tais episódios, é fulcral para que se possa criar um ambiente saudável, seguro e, conseqüentemente, que permita aumentar os níveis de bem-estar dos enfermeiros.

Uma outra conclusão possível de se retirar do estudo foi que a autonomia é também uma das variáveis que influencia o bem-estar dos enfermeiros. Posto isto, é necessário um investimento maior em instrumentos de medição de autonomia e mais pesquisas para identificar quais os fatores que suportam a autonomia. A variável é um dos fatores que influencia a qualidade da prestação diária dos cuidados de enfermagem e uma das variáveis altamente desejável relacionada com a eficiência dos profissionais de saúde, assim como o seu bem-estar e, conseqüentemente, o seu comprometimento para com a organização. Por esta razão, é fundamental trabalhar numa definição clara da variável, de forma a promover ambientes que propiciem mais autonomia e, conseqüentemente, profissionais com maiores níveis de bem-estar.

Com base no estudo, ambas as variáveis mencionadas influenciam o bem-estar dos enfermeiros e consoante os níveis de bem-estar dos profissionais de saúde, a mesma influencia as suas intenções de abandonar a profissão. Existe uma grande preocupação à volta do fenómeno “*demographic time bomb*” (Hill, 2007), a esperança média de vida aumentou nos últimos anos e por esta razão espera-se que os idosos vivam mais tempo, mas não mais saudáveis e por esta razão irá existir uma grande procura por cuidados de saúde. Se os enfermeiros continuarem a abandonar a profissão não será possível colmatar a procura por estes mesmos cuidados de saúde. Posto isto, este fenómeno continua a revelar-se um assunto com diversas implicações para as organizações de saúde e para a sociedade no geral, sendo, por este motivo, primordial a realização de estudos sobre o tema.

A intenção de abandonar a profissão por parte dos profissionais de saúde é uma problemática influenciada por diversos fatores, sendo fundamental adotar estratégias que promovam uma carga de horário adequada, um ambiente de trabalho seguro e a criação de ambientes que estimulem o crescimento pessoal e desenvolvimento profissional.

Com a realização do seguinte trabalho, pretendeu-se dar visibilidade a lacunas ainda existentes na saúde pública e que afetam direta ou indiretamente o enfermeiro, o utente e as instituições de saúde. Espera-se que contribua para a criação e desenvolvimento de novas políticas organizacionais de forma a promover a saúde dos enfermeiros e a implementar as alterações necessárias para oferecer um melhor ambiente de trabalho que permita reter os enfermeiros e que promova o bem-estar entre os profissionais de saúde, potenciando ganhos, tanto para as instituições de saúde, como para a sociedade no geral.

## **5.2. Limitações e Sugestões Para Investigações Futuras**

Por último, importa analisar algumas limitações do estudo, o facto de se ter utilizado uma amostra por conveniência e não uma amostra representativa poderá ter influenciado os resultados obtidos devido à falta de heterogeneidade dos inqueridos (enviesamento nas classes etárias e experiência profissional).

Uma outra limitação encontrada ao longo do estudo foi a escassez de literatura relacionada com a autonomia. Emerge, assim, desta dissertação a importância de se virem a realizar no futuro mais estudos sobre a autonomia, uma vez que, a produção de conhecimento nesta área ainda é insuficiente. A literatura existente aborda teoricamente os problemas relacionados com a autonomia, contudo, não explora a sua envolvimento contextual nem todas as variáveis que a englobam.

Numa altura em que se discute, cada vez mais, a importância de políticas de recursos humanos na saúde e que garantam ambientes seguros, equitativos, sustentáveis e justos, o bem-estar dos profissionais de saúde que o efetivam é essencial. Sem saúde não existe nenhuma força de trabalho que seja produtiva, comprometida e eficaz. Posto isto, torna-se urgente perceber que o bem-estar dos enfermeiros deve constituir uma preocupação. Por esta razão e com base no estudo, recomenda-se uma maior divulgação e abordagem ao tema da falta de civismo por parte dos utentes promovendo a participação dos profissionais de saúde

em formações de gestão de conflito, assim como, promover a necessidade de notificar ações deste género para que se possa tornar o tema cada vez mais urgente e sujeito a intervenções.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdollahzadeh, F., Asghari, E., Ebrahimi, H., Rahmani, A., & Vahidi, M. (2017). How to Prevent Workplace Incivility?: Nurses' Perspective. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, Vol. 22, pp. 157-163.

Alberto, R. (2000). Os determinantes da felicidade no trabalho: um estudo sobre a diversidade nas trajetórias profissionais de engenheiros. [Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].

Amorim, F. (2016). A motivação e os objetivos. Sabes estabelecer objetivos? LinkedIn. Disponível em: <https://www.linkedin.com/pulse/motiva%C3%A7%C3%A3o-e-os-objetivos-sabes-estabelecer-filipe-amorim/?originalSubdomain=pt>

Amorim, V., & Campos, F. (2002). A felicidade no trabalho: estudo sobre sua revelação e articulação com a produtividade. XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Curitiba. *ENEGEP*.

Babore, A., Lombardi, L., Viceconti, L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M., Candelori, C., Bramanti, M., & Trumello, C. (2020). Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Research*, Vol. 293, pp. 1-6.

Beehr, A., Jex, M., Stacey, A. & Murray, A. (2000). "Work stressors and co-worker support as predictors of individual strain and job performance". *Journal of Organizational Behavior*. Vol. 21, pp. 391-405.

Boyle, K., Bott, J., Hansen, E., Woods, Q. & Taunton, L. (1999), "Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay", *American Journal of Critical Care*, Vol. 8, pp. 361-72.

Bowling, A., & Beehr, A. (2006). Workplace harassment from the victim's perspective: A theoretical model and metaanalysis. *Journal of Applied Psychology*. 998–1012.

Breaugh, J. (1999). Further Investigation of the Work Autonomy Scales: Two Studies. *Journal of Business and Psychology*, Vol. 13, pp. 357–373.

Caetano, A. e Silva, S. (2010). Bem-estar subjetivo e saúde no trabalho. *Psicologia Aplicada*, Vol. 93, pp. 337-362.

Carvalho, P. (2011). Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala “Professional Quality of Life 5” [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto]. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.14/8918>

Coelho, D. (2020). A Violência Contra os Enfermeiros do Serviço de Urgência: Um Estudo de Caso. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Consultado em: [https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=125509&codigo=lxioLL1r](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=125509&codigo=lxioLL1r)

Cortina, M., Kabat-Farr, D., Leskinen, A., Huerta, M. & Magley, J. (2013) Selective Incivility as Modern Discrimination in Organizations: Evidence and Impact. *Journal of Management*. Vol. 39, pp. 1578 - 1601

Costa, F. (2018) Violência sobre os Enfermeiros na Urgência: Que realidade? [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Consultado em: [file:///C:/Users/User/Downloads/D2017\\_10001823012\\_21416028\\_2.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/D2017_10001823012_21416028_2.pdf)

Dalal, R. S. (2005). A meta-analysis of the relationship between organizational citizenship behavior and counterproductive work behavior. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 90, pp. 1241–1255.

Danna, K., & Griffin, R. (1999). Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, Vol. 25, pp. 357-384.

Deci, E. & Ryan, R. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an Introduction. *Journal of Happiness Studies*, Vol. 9, pp.1-11.

Demerouti, E., Brakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 32, pp. 454-464.

Direção Geral de Saúde (2006). Melhorar o ambiente organizacional em prol da saúde dos profissionais. Circular informativa nº15/DTSPCS. Consultado em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-15dspcs-de-07042006-pdf.aspx>

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), Vol. 3, pp. 71–75. Consultado em: [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)

Diener, E. (1999). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, Vol. 55, pp. 34-43.

Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, Vol. 54, pp. 403 - 425.

Er, F. & Spokmen, S. (2018). Investigation of the working conditions of nurses in public hospitals on the basis of nurse-friendly hospital criteria. *Int J Nurs Sci*. Vol. 5, pp. 206-212.

Estryn-Behar M., Van der Heijden, B., Ogninska, H., Camerino, D., Nézet, O., Conway, M., Fry, C. & Hasselhorn, H. (2005). Health and satisfaction Of Healthcare Workers in France and in Europe. *Results of the PRESST-NEXT study*. Vol. 23, pp 2-33.

Fernandes, O. (2007). Entre a teoria e a experiência: desenvolvimento de competências na enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura [Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Consultado em: <file:///C:/Users/User/Downloads/29722.pdf>

Ferreira, M., & Sousa, L., (2006) Satisfação no Trabalho e Comportamentos estratégicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, Vol. 1, pp. 37-46.

Filho, D., & Júnior, J. (2009). Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje*, Vol. 18, pp. 115-146.

Fisch, S. (2001). Evaluating data from behavioral analysis: Visual inspection or statistical models? *Behavioural Processes*, Vol. 54, pp. 137–154. Consultado em: [https://doi.org/10.1016/S0376-6357\(01\)00155-3](https://doi.org/10.1016/S0376-6357(01)00155-3)

Fortin, F. (1999). O processo de investigação: da conceção à realização (7ª ed.). Lusodidacta: Loures.

Galinha, C. (2008). Bem-estar subjetivo: Fatores cognitivos, afetivos e contextuais. Vol. 5, pp. 2386 – 7418.

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon. Hill, M. (2007), “Reforming early retirement”, *Social, Policy and Administration*, Vol. 41, pp. 318-9.

Hogarth, K., Beattie, J. & Morphet, J. (2015). Nurses’ attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *ScienceDirect. Elsevier*. Vol. 19, pp. 75 – 81. Consultado em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574626715000555>

Kendler, S., & Karkowski-Shuman, L. (1997). Stressful life events and genetic liability to major depression: genetic control of exposure to the environment. *Psychological Medicine*, Vol. 27. pp. 539-547.

Lawler, E. (1994). From job-based to competency-based organizations. *Journal of Organizational Behavior*. Vol. 5, pp.3-5. Consultado em: <https://doi.org/10.1002/job.4030150103>

Locke, A. (1976) The Nature and Causes of Job Satisfaction. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, Vol. 1, pp.1297-1343.

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – Com Utilização do SPSS (3ª Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Martínez, R., Torres, M., Nicolás, V., & Iborra, L. (2008) Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 4, pp. 434-442.

Maslach, C. & Jackson, S. (1981). Maslach burnout inventory manual. Vol. 16, pp. 565 – 582. *California: Consulting Psychologist Press, Inc.*

Matos, G. (1996) *Empresa Feliz (5ª Ed)*. São Paulo: Makon Books.

Meier, M. (2005). The invisibility of emotional labor: A case study of faculty members at small liberal arts colleges. [Dissertação de Doutoramento, University of Illinois at Springfield]. Consultado em: <https://www.proquest.com/openview/09b573ee6d5b297aa3cca41b946d2813/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

Millán, J., Hessels, J., Thurik, R. & Aguado, R. (2013). Determinants of job satisfaction: a European comparison of self-employed and paid employees. *Small Business Economics*, Vol. 4, pp. 651-670.

Morrell, K. (2005) Towards a typology of nursing turn-over: The role of shocks in nurses' decisions to leave. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 49, pp. 315-322.

Novo, F. (2003). Para Além da Eudaimonia: O Bem-Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada. [Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa]. Consultado em: [file:///C:/Users/User/Downloads/ulfp013268\\_tm\\_tese.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/ulfp013268_tm_tese.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE. Edição: Ordem dos Enfermeiros (2015). Consultado a 30 de Maio de 2022. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2002) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 03 de Junho de 2022. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Otieno, T. (1997). On the Meaning and Use of Kurtosis. *Psychological Method*, Vol. 2, pp. 292-307.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Price, L. & Mueller, C. (1981) A causal model of turnover for nurses. *Academy of Management Journal*, Vol. 28(3), pp.543-565.

Poeira, A. (2016). Rotatividade Externa dos Enfermeiros em Portugal [Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Consultado em: <file:///C:/Users/User/Downloads/D.ICBAS2016.AnaFilipaSilvaPoeira.pdf>.

Potter, P., Perry, G., Stockert, P., & Hall, A. (2013). Fundamentos de enfermagem. (8ª ed.). *São Paulo: Elsevier Editora*.

Rafone, A., & Hennington, A. (2005) Avaliação da capacidade funcional dos profissionais de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 39, pp.669- 676.

Ribeiro, J. (2009). Autonomia profissional dos enfermeiros [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Consultado em:

[https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2251&id\\_revista=9&id\\_edicao=38](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2251&id_revista=9&id_edicao=38)

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, Vol. 52, pp.141–166.

Ryff, C., & Singer, B. (1998). The role of the purpose in life and personal growth in positive human health. In P.S. Fry & P.T.P. Wong (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*, Vol. 40, pp. 213 – 215.

Santos, A. S. (2011). Comportamentos de cidadania organizacional: investigando novas e velhas relações. [Dissertação de Mestrado, ISCTE Business Scholl, Instituto Universitário de Lisboa]. Consultado em: [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/4030/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20em%20GRH\\_Aline%20Seabra%20Santos.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/4030/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20em%20GRH_Aline%20Seabra%20Santos.pdf)

Sharififard, F., Asayesh, H., Rahmani-Anark, H., Qorbani. M., Akbari & V., Jafarizadeh. H. (2019). Intention to Leave the Nursing Profession and Its Relation with Work Climate and Demographic Characteristics. *Iran J Nurs Midwifery Res*, Vol. 24, pp.457-461.

Schilpzand, P., Pater, E., & Erez, A. (2016) Workplace incivility: A review of the literature and agenda for future research. *Journal of Organizational Behavior*. Vol. 37, pp. 57 – 88.

Susniene, D., & Jurkauskas, A. (2009). The concepts of quality of life and happiness – correlation and differences. *Engineering Economics*, Vol. 3, pp.58-66.

The European Countries with the Highest Risk of Burnout. (2022). Consultado a 10 Maio 2022. Consultado em: <https://smallbusinessprices.co.uk/european-employee-burnout/>.

Timming, R. (2010). Cross-national variation in the determinants of job satisfaction: how far do our results. *International Journal of Organization Theory & Behavior*, Vol. 22, pp.525-545.

Trigo, L. (2002) Sofrimento no trabalho. *São Paulo: Olho D'água*. Vol. 6, pp. 11 – 18.

Van der Heijden, B., Peeters, M., Blanc, P., & Van Breukelen, W. (2018). Job characteristics and experience as predictors of occupational turnover intention and

occupational turnover in the European nursing sector. *Journal of Vocational Behavior*. Vol. 108, pp. 108 – 120.

Vasconcelos, B. (2004). Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetónicas responsáveis pela integração interior/exterior. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina]. Consultado em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/87649>

Veloso, R. (2020). Burnout nos profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19 [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Consultado em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/130699/2/432792.pdf>

Vítor, J., Lopes, M., Ximenes, L. (2005). Análise do Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. Vol. 18, pp. 235 – 240. Consultado em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>

Wade, H. (1999) Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of advanced nursing*. Vol.30, pp.310-318.

Warr, P. (2007). Learning about employee happiness. *Psicologia Organizações e Trabalho*, Vol. 34, pp.133-140.

Warr, P. (2018). Self-employment, personal values, and varieties of happiness–unhappiness. *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol. 23(3), pp. 388 – 401.

Wilson, L., Diedrich, A., Phelps, L., & Choi, M. (2011) Bullies at work: The impact of horizontal hostility in the hospital setting and intent to leave. *J Nurs Adm*. Vol. 41, pp. 453 – 458.

Wilson, L., & Holmvall, M. (2013). The development and validation of the Incivility from Customers Scale. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 23, pp. 310–326.

## ANEXOS

### **Anexo A – Escalas Aplicadas**

#### **QUESTIONÁRIO: BEM-ESTAR DOS ENFERMEIROS**

O presente questionário surge no âmbito do trabalho final de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos no Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade de Lisboa (ISEG-UL), cujo objetivo principal consiste em avaliar o bem-estar dos enfermeiros relativamente à falta de civismo dos utentes, por um lado, e à sua autonomia percebida, por outro lado, e à forma como estes dois fatores influenciam a sua intenção em abandonar a profissão. O público-alvo desta investigação, por razões metodológicas, são os enfermeiros a exercer em Portugal.

Ao prosseguir na resposta ao questionário, está a dar o seu consentimento informado para que as respostas sejam recolhidas e alvo de tratamento estatístico no quadro dos objetivos desta investigação. Os dados recolhidos para este projeto poderão ser conservados para análise no quadro de investigações posteriores.

Todos os dados recolhidos neste questionário garantem o dever ético de confidencialidade e anonimato das suas fontes.

Não existem respostas certas ou erradas. Responda de forma honesta e sincera, se não conseguir decidir sobre alguma questão, escolha a opção que mais se aproxima da sua realidade.

A sua colaboração é fundamental!

Muito obrigada,

Maria Rodrigues

## **DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

### **1. Género**

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não responder

### **2. Idade (em anos)**

---

### **3. Durante a semana trabalha aproximadamente quantas horas:**

- 1. Menos que 35 horas
- 2. Entre 36 horas a 45 horas
- 3. Entre 46 horas a 55 horas
- 4. Mais de 56 horas

## FALTA DE CIVISMO DOS UTENTES

Por favor, leia com atenção cada uma das afirmações e indique com que frequência os utentes costumam desempenhar as ações descritas com base na escala apresentada:	Nunca	Raramente	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Diariamente	Duas a três vezes por dia	Mais do que três vezes por dia
	1	2	3	4	5	6	7
1. Continuam a queixar-se apesar dos seus esforços para o assistir.							
2. Fazem gestos (p. ex., rolar de olhos, suspirar) para expressar a sua impaciência.							
3. Resmungam consigo por causa do serviço lento durante os tempos de mais azáfama.							
4. Fazem comentários negativos sobre a sua organização.							
5. O/a culpam por um problema que não causou.							
6. Utilizam uma forma inadequada de se dirigir a si (por exemplo, "Ei tu").							
7. Não reconhecem os seus esforços quando fez de tudo para os ajudar.							
8. Resmungam consigo por haver poucos funcionários a trabalhar.							
9. Queixam-se acerca do valor dos serviços.							
10. Fazem gestos inapropriados para chamar a sua atenção (por exemplo, estalar dedos).							
11. Não seguiram as normas da sociedade para um comportamento adequado em público (por exemplo, passar à frente numa fila, ruído excessivo).							
12. Ficam irritados consigo porque a sua organização não tem produtos suficientes para a execução dos serviços.							
13. O/a importunam para abrir exceções à política da organização.							
14. Ficam aborrecidos quando não pára o que está a fazer para os ajudar.							
15. Queixam-se mesmo depois de seguir todos os protocolos e procedimentos para os ajudar.							
16. Não se preocupam com as ações dos seus filhos (por exemplo, as crianças partirem alguma coisa).							
17. Transmitem que esperavam um serviço gratuito, descontos, ou melhor serviço devido ao seu estatuto (por exemplo, amigos, pacientes habituais).							
18. Causam confusões desnecessárias com as quais tem que lidar.							
19. Não dizem "por favor" ou "obrigado".							
20. Fazem comentários inapropriados relativamente à sua aparência.							
21. O/a ignoram quando está a tentar falar com eles.							

## AUTONOMIA

Assinale em que medida concorda ou discorda com as seguintes afirmações relacionadas com a autonomia no local de trabalho, em que (1) significa discordar fortemente e (7) concordar totalmente com a afirmação apresentada.	Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Não concordo nem discordo	Cocordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Totalmente
	1	2	3	4	5	6	7
1. Estou autorizado(a) a decidir como fazer o meu trabalho.							
2. Sou capaz de escolher o caminho a seguir para fazer o meu trabalho (os procedimentos a utilizar).							
3. Sou livre de escolher o(s) método(s) a utilizar na realização do meu trabalho.							
4. Tenho controlo sobre a programação do meu trabalho.							
5. Tenho algum controlo sobre a sequência das minhas atividades de trabalho (quando faço o quê).							
6. Posso decidir quando fazer determinadas atividades de trabalho.							
7. O meu trabalho permite-me alterar a forma normal como somos avaliados de modo a poder enfatizar alguns aspetos do meu trabalho e minimizar outros.							
8. Sou capaz de definir quais são os meus objetivos de trabalho (o que é suposto eu realizar).							
9. Tenho algum controlo sobre o que devo conquistar (o que o meu supervisor vê como os meus objetivos de trabalho).							

## BEM-ESTAR

Assinale em que medida concorda ou discorda com as seguintes afirmações relacionadas com o seu bem-estar.	Concordo	Neutro	Discordo
	1	2	3
1. Na maioria dos aspetos, a minha vida é próxima ao meu ideal.			
2. As condições da minha vida são excelentes.			
3. Estou satisfeito (a) com a minha vida.			
4. Dentro do possível, tenho conseguido conquistar as coisas importantes que quero da vida.			
5. Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.			

## INTENÇÃO DE ABANDONAR A PROFISSÃO

<b>Por favor, leia com atenção cada uma das afirmações e indique com que frequência pensou em desempenhar as seguintes ações, em que (1) significa nunca e (5) todos os dias.</b>	Nunca	Algumas vezes durante o ano	Algumas vezes durante o mês	Algumas vezes durante a semana	Todos os dias
	1	2	3	4	5
1. Com que frequência, durante o ano passado, pensou em adquirir novas qualificações fora de enfermagem?					
2. Com que frequência, durante o ano passado, pensou em arranjar um tipo diferente trabalho?					
3. Com que frequência, durante o ano passado, pensou em desistir completamente de enfermagem?					

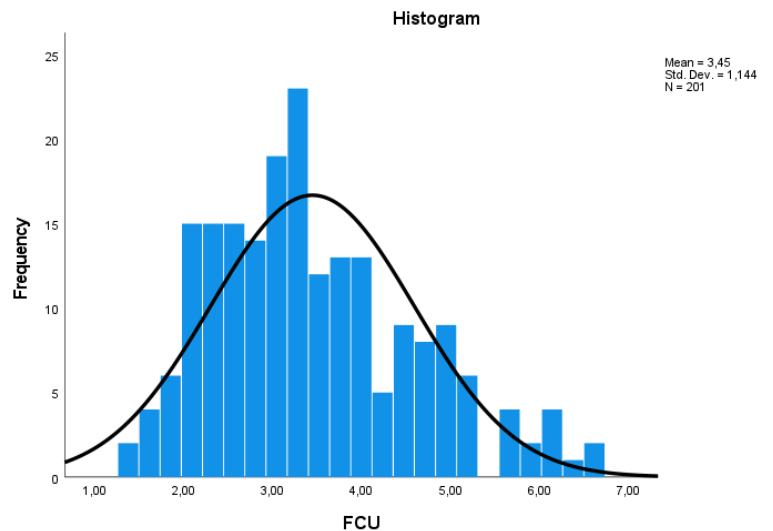
## Anexo B - Análise Psicométrica da Falta de Civismo dos Utentes

### Sensibilidade

#### Statistics

FCU		
N	Valid	201
	Missing	0
Mean		3,4501
Median		3,2857
Mode		3,24 <sup>a</sup>
Std. Deviation		1,14435
Skewness		,616
Std. Error of Skewness		,172
Kurtosis		-,083
Std. Error of Kurtosis		,341

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown



### Fidelidade

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	201	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	201	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,958	,958	21

## Validade

### Communalities

	Initial	Extraction
fcu	1,000	,631
fcu2	1,000	,713
fcu3	1,000	,775
fcu4	1,000	,546
fcu5	1,000	,650
fcu6	1,000	,583
fcu7	1,000	,605
fcu8	1,000	,606
fcu9	1,000	,414
fcu10	1,000	,682
fcu11	1,000	,554
fcu12	1,000	,571
fcu13	1,000	,639
fcu14	1,000	,735
fcu15	1,000	,834
fcu16	1,000	,412
fcu17	1,000	,451
fcu18	1,000	,723
fcu19	1,000	,488
fcu20	1,000	,654
fcu21	1,000	,619

Extraction Method: Principal Component Analysis.

### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,956
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3084,488
	df	210
	Sig.	,000

### Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	11,594	55,209	55,209	11,594	55,209	55,209
2	1,291	6,147	61,356	1,291	6,147	61,356
3	,908	4,322	65,678			
4	,725	3,453	69,131			
5	,700	3,332	72,462			
6	,668	3,180	75,642			
7	,633	3,013	78,655			
8	,531	2,528	81,183			
9	,499	2,378	83,561			
10	,447	2,131	85,691			
11	,427	2,032	87,723			
12	,379	1,803	89,526			
13	,345	1,644	91,169			
14	,329	1,568	92,737			
15	,292	1,391	94,128			
16	,275	1,311	95,439			
17	,267	1,272	96,711			
18	,222	1,058	97,769			
19	,200	,953	98,722			
20	,153	,727	99,449			
21	,116	,551	100,000			

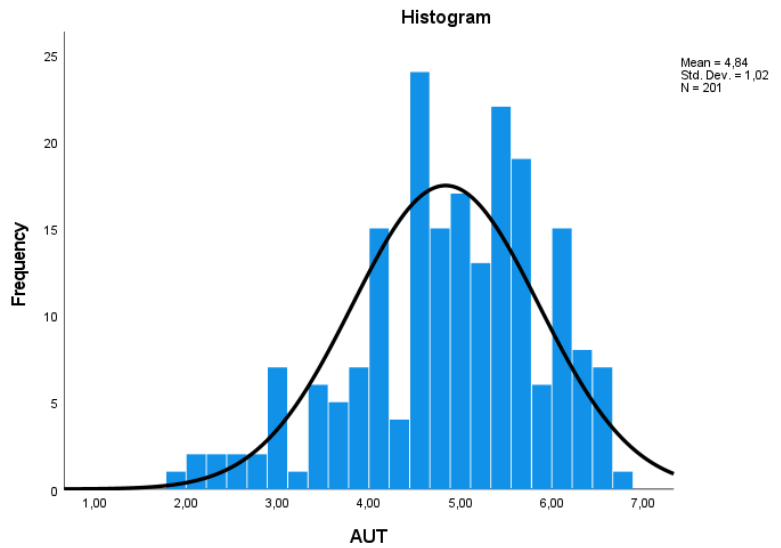
Extraction Method: Principal Component Analysis.

## Anexo C – Análise Psicométrica da Autonomia

### Sensibilidade

#### Statistics

AUT		
N	Valid	201
	Missing	0
Mean		4,8386
Median		4,8889
Mode		4,44
Std. Deviation		1,02028
Skewness		-,619
Std. Error of Skewness		,172
Kurtosis		,121
Std. Error of Kurtosis		,341



### Fidelidade

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	201	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	201	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,861	,864	9

## Validade

### Communalities

	Initial	Extraction
aut	1,000	,554
aut2	1,000	,412
aut3	1,000	,609
aut4	1,000	,746
aut5	1,000	,711
aut6	1,000	,758
aut7	1,000	,482
aut8	1,000	,496
aut9	1,000	,689

Extraction Method: Principal Component Analysis.

### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,853
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	777,770
	df	36
	Sig.	<,001

### Total Variance Explained

Component	Total	Initial Eigenvalues		Extraction Sums of Squared Loadings		
		% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,355	48,388	48,388	4,355	48,388	48,388
2	1,103	12,252	60,641	1,103	12,252	60,641
3	,997	11,081	71,722			
4	,751	8,345	80,067			
5	,494	5,493	85,560			
6	,402	4,462	90,021			
7	,333	3,703	93,725			
8	,288	3,198	96,923			
9	,277	3,077	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

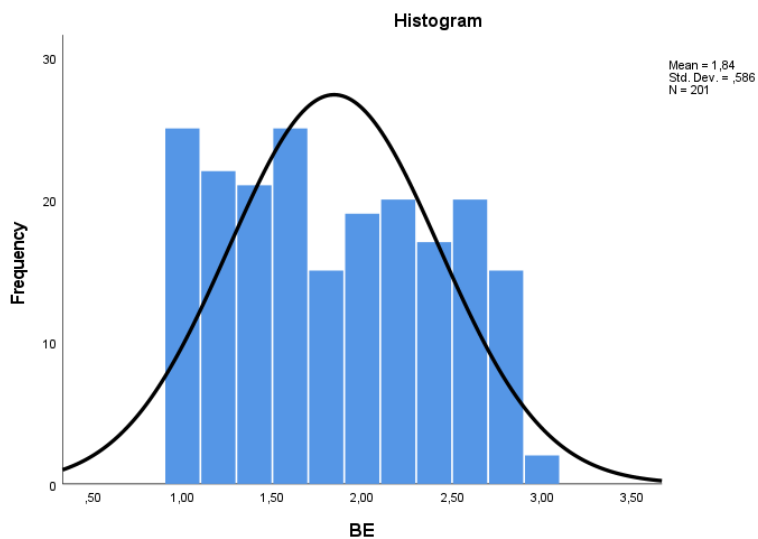
## Anexo D – Análise Psicométrica do Bem -estar

### Sensibilidade

#### Statistics

BE		
N	Valid	201
	Missing	0
Mean		1,8438
Median		1,8000
Mode		1,00 <sup>a</sup>
Std. Deviation		,58590
Skewness		,142
Std. Error of Skewness		,172
Kurtosis		-1,210
Std. Error of Kurtosis		,341

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown



### Fidelidade

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	201	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	201	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,855	,859	5

## Validade

### Communalities

	Initial	Extraction
ScV1	1,000	,750
ScV2	1,000	,689
ScV3	1,000	,755
ScV4	1,000	,520
ScV5	1,000	,499

Extraction Method: Principal Component Analysis.

### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,858
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	448,834
	df	10
	Sig.	<,001

### Total Variance Explained

Component	Total	Initial Eigenvalues		Extraction Sums of Squared Loadings		
		% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,214	64,271	64,271	3,214	64,271	64,271
2	,598	11,956	76,227			
3	,578	11,570	87,796			
4	,324	6,476	94,273			
5	,286	5,727	100,000			

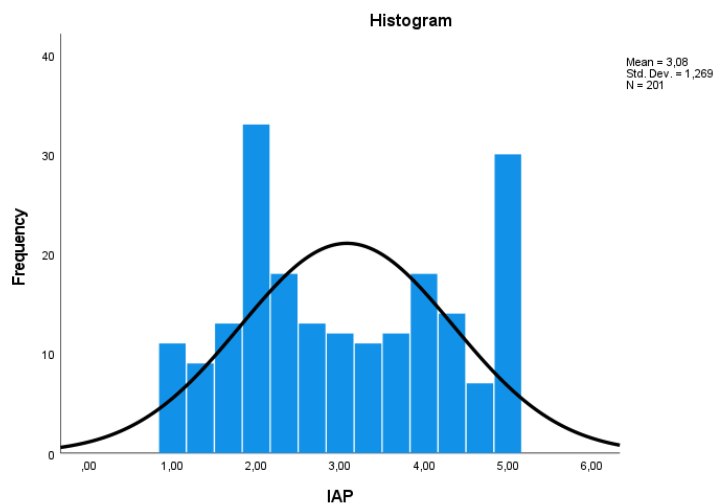
Extraction Method: Principal Component Analysis.

## Anexo E – Análise Psicométrica da Intenção de Abandonar a Profissão

### Sensibilidade

#### Statistics

IAP		
N	Valid	201
	Missing	0
Mean		3,0813
Median		3,0000
Mode		2,00
Std. Deviation		1,26909
Skewness		,123
Std. Error of Skewness		,172
Kurtosis		-1,272
Std. Error of Kurtosis		,341



### Fidelidade

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	201	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	201	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,879	,877	3

## Validade

### Communalities

	Initial	Extraction
iap	1,000	,684
iap2	1,000	,869
iap3	1,000	,862

Extraction Method: Principal Component Analysis.

### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,691
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	371,151
	df	3
	Sig.	<,001

### Total Variance Explained

Component	Total	Initial Eigenvalues		Extraction Sums of Squared Loadings		
		% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,415	80,494	80,494	2,415	80,494	80,494
2	,441	14,693	95,188			
3	,144	4,812	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

## Anexo F – Estatística Descritiva e Coeficiente de Correlação de Pearson

### Statistics

		FCU	AUT	IAP	BE
N	Valid	201	201	201	201
	Missing	0	0	0	0
Mean		3,4501	4,8386	3,0813	1,8438
Median		3,2857	4,8889	3,0000	1,8000
Std. Deviation		1,14435	1,02028	1,26909	,58590

### Correlations

		FCU	AUT	IAP	BE
FCU	Pearson Correlation	1	-,354**	,386**	-,434**
	Sig. (2-tailed)		<,001	<,001	<,001
	N	201	201	201	201
AUT	Pearson Correlation	-,354**	1	-,273**	,340**
	Sig. (2-tailed)	<,001		<,001	<,001
	N	201	201	201	201
IAP	Pearson Correlation	,386**	-,273**	1	-,546**
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001		<,001
	N	201	201	201	201
BE	Pearson Correlation	-,434**	,340**	-,546**	1
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	<,001	
	N	201	201	201	201

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

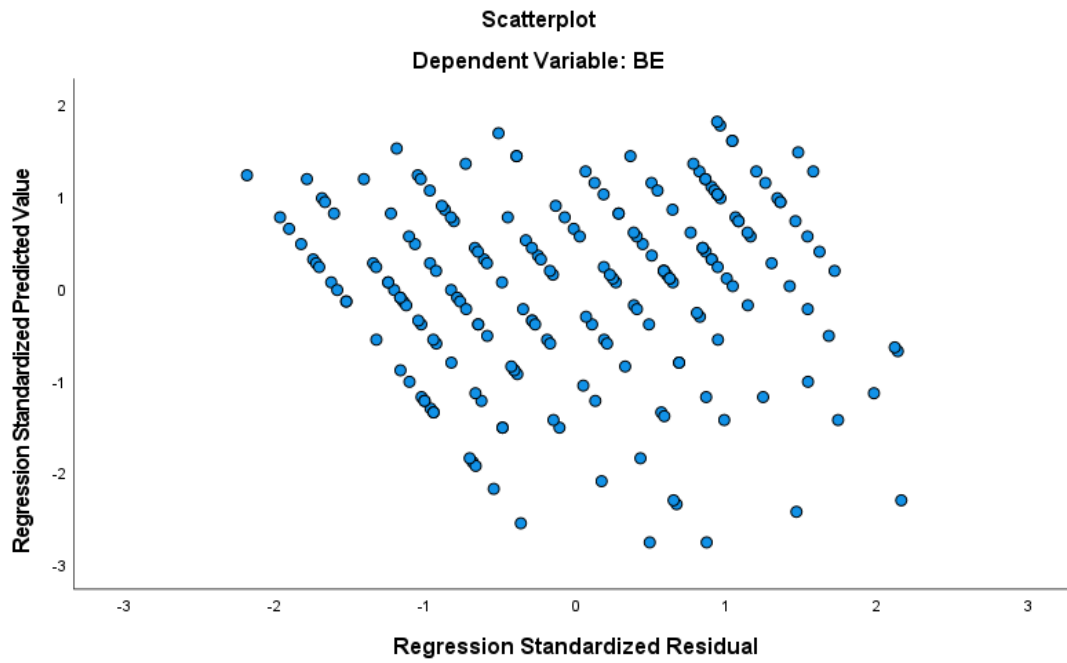
## Anexo G – Regressão Linear- Análise de Pressupostos

### Falta de Civismo dos Utentes – Bem-estar

**Residuals Statistics<sup>a</sup>**

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,1402	2,3032	1,8438	,25408	201
Std. Predicted Value	-2,769	1,808	,000	1,000	201
Standard Error of Predicted Value	,037	,110	,051	,015	201
Adjusted Predicted Value	1,1194	2,2924	1,8432	,25485	201
Residual	-1,15518	1,14351	,00000	,52794	201
Std. Residual	-2,183	2,161	,000	,997	201
Stud. Residual	-2,196	2,196	,001	1,002	201
Deleted Residual	-1,16979	1,18093	,00056	,53316	201
Stud. Deleted Residual	-2,218	2,217	,001	1,005	201
Mahal. Distance	,000	7,668	,995	1,371	201
Cook's Distance	,000	,079	,005	,008	201
Centered Leverage Value	,000	,038	,005	,007	201

a. Dependent Variable: BE

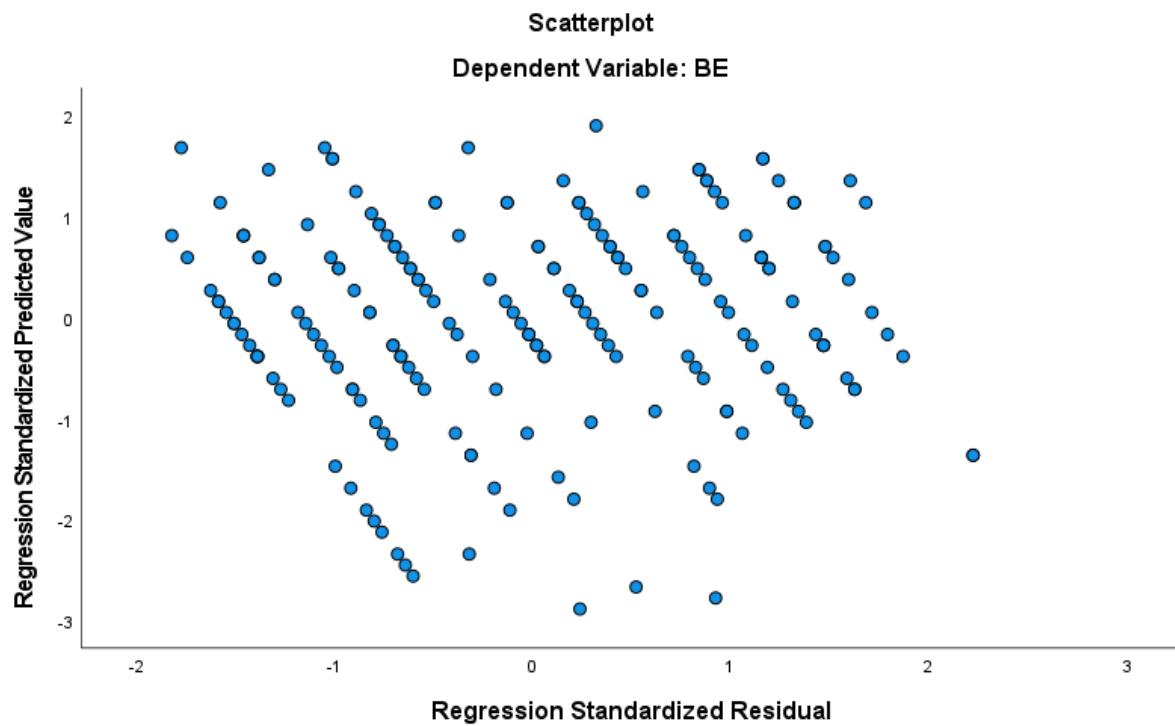


### Autonomia – Bem-estar

**Residuals Statistics<sup>a</sup>**

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,2676	2,2225	1,8438	,19928	201
Std. Predicted Value	-2,891	1,901	,000	1,000	201
Standard Error of Predicted Value	,039	,119	,053	,016	201
Adjusted Predicted Value	1,2611	2,2184	1,8437	,19930	201
Residual	-1,00552	1,22852	,00000	,55096	201
Std. Residual	-1,820	2,224	,000	,997	201
Stud. Residual	-1,828	2,240	,000	1,002	201
Deleted Residual	-1,01391	1,24636	,00010	,55602	201
Stud. Deleted Residual	-1,839	2,263	,000	1,004	201
Mahal. Distance	,002	8,358	,995	1,442	201
Cook's Distance	,000	,036	,005	,005	201
Centered Leverage Value	,000	,042	,005	,007	201

a. Dependent Variable: BE



### Bem-estar – Intenção de Abandonar a Profissão

**Residuals Statistics<sup>a</sup>**

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,7130	4,0798	3,0813	,69337	201
Std. Predicted Value	-1,973	1,440	,000	1,000	201
Standard Error of Predicted Value	,075	,167	,104	,023	201
Adjusted Predicted Value	1,7058	4,1018	3,0808	,69342	201
Residual	-2,17647	2,48034	,00000	1,06293	201
Std. Residual	-2,042	2,328	,000	,997	201
Stud. Residual	-2,054	2,343	,000	1,002	201
Deleted Residual	-2,20070	2,51379	,00051	1,07287	201
Stud. Deleted Residual	-2,071	2,370	,000	1,005	201
Mahal. Distance	,006	3,894	,995	,886	201
Cook's Distance	,000	,037	,005	,006	201
Centered Leverage Value	,000	,019	,005	,004	201

a. Dependent Variable: IAP

## Anexo H – Regressão Linear

**H1: A falta de civismo dos utentes está negativamente correlacionada com o bem-estar**

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,434 <sup>a</sup>	,188	,184	,52926

a. Predictors: (Constant), FCU

b. Dependent Variable: BE

**ANOVA<sup>a</sup>**

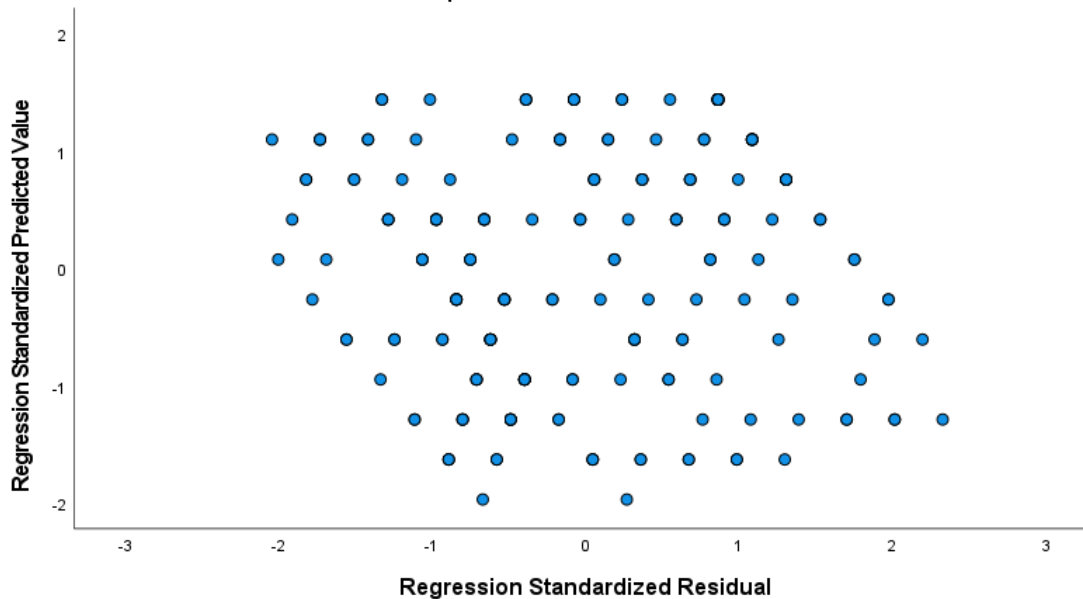
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	12,911	1	12,911	46,093	<,001 <sup>b</sup>
	Residual	55,743	199	,280		
	Total	68,655	200			

a. Dependent Variable: BE

b. Predictors: (Constant), FCU

**Scatterplot**

Dependent Variable: IAP



### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,610	,119		21,959	<,001
	FCU	-,222	,033	-,434	-6,789	<,001

a. Dependent Variable: BE

## H2: A autonomia no trabalho está positivamente correlacionada com o bem-estar dos enfermeiros

### Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,340 <sup>a</sup>	,116	,111	,55235

a. Predictors: (Constant), AUT

b. Dependent Variable: BE

### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7,943	1	7,943	26,034	<,001 <sup>b</sup>
	Residual	60,712	199	,305		
	Total	68,655	200			

a. Dependent Variable: BE

b. Predictors: (Constant), AUT

### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,899	,189		4,748	<,001
	AUT	,195	,038	,340	5,102	<,001

a. Dependent Variable: BE

**H3: O efeito de bem-estar nos enfermeiros está negativamente correlacionado com a intenção de abandonar a profissão**

### Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,546 <sup>a</sup>	,299	,295	1,06560

a. Predictors: (Constant), BE

b. Dependent Variable: IAP

### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	96,152	1	96,152	84,678	<,001 <sup>b</sup>
	Residual	225,965	199	1,136		
	Total	322,117	200			

a. Dependent Variable: IAP

b. Predictors: (Constant), BE

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	5,263	,249		21,159	<,001
	BE	-1,183	,129	-,546	-9,202	<,001

a. Dependent Variable: IAP