

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**O COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DOS  
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA REGIÃO  
AUTÓNOMA DA MADEIRA:  
Um estudo de caracterização**

**Nélio da Câmara Rodrigues**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de  
Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem de  
Reabilitação.**

**Funchal,**

**2020**



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**O COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DOS  
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA REGIÃO  
AUTÓNOMA DA MADEIRA:  
Um estudo de caracterização**

**Nélio da Câmara Rodrigues**

**Orientador: Professor Doutor Élvio Jesus**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de  
Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem de  
Reabilitação.**

**Funchal,**

**2020**



“Não há acaso, sina, destino, que possa limitar, impedir ou controlar a firme  
resolução de uma alma determinada”

Ella Wheller Wilcox



## **DEDICATÓRIA**

Ao meu pai, pelo exemplo de trabalho, educação, altruísmo e honestidade. Apesar de ter partido continuará a ser sempre a minha referência e fonte de inspiração. Obrigado por tudo o que me ensinou, pelos conselhos que me deu e pelo apoio incondicional na obtenção dos meus sonhos.



## **AGRADECIMENTOS**

Os meus agradecimentos vão em primeiro lugar para a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, na pessoa da sua presidente do Conselho e Direção, Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Merícia Gouveia Rodrigues Bettencourt de Jesus, que ao disponibilizar este curso na Região Autónoma da Madeira, possibilitou especializar-me numa área que desde sempre me suscitou interesse.

O meu agradecimento especial ao Professor Doutor Élvio Henriques de Jesus por ter aceite ser o orientador deste projeto de investigação.

Agradeço também à Prof.<sup>a</sup> Doutora Bruna Ornelas de Gouveia e ao Prof.<sup>o</sup> Doutor Élvio Rúbio Gouveia por toda a sua disponibilidade, empenho e dedicação no nosso projeto de investigação.

Ao SESARAM por ter autorizado a equiparação a bolseiro e a realização deste estudo integrado no projeto global da turma, bem como a todos os EEER que aceitaram participar no preenchimento dos inquéritos.

À Enfermeira Chefe do Centro de Saúde do Porto Moniz e à Direção de Enfermagem do SESARAM por autorizar as dispensas de serviço e flexibilidades em termos de horários que se tornaram fundamentais para a concretização desta formação.

Aos meus amigos e colegas de trabalho por todo o apoio manifestado ao longo de todo o processo de formação, e pelo esforço extra que algumas vezes lhes foi exigido atendendo às minhas ausências.

À Câmara Municipal do Porto Moniz pelo apoio concedido que se tornou numa ajuda fundamental.

Aos meus amigos próximos por terem sido uma presença contínua ao longo de todo este processo e por terem proporcionado sempre aqueles momentos de descontração por vezes em alturas de grande tensão.

À minha família em especial ao meu pai à minha mãe e aos meus irmãos, por serem aquele pilar consistente ao qual sei que posso sempre recorrer.

E porque os últimos são os primeiros, agradeço profundamente à minha mulher Idalina e ao meu filho Santiago. Obrigado por terem sido o meu porto de abrigo, pelo apoio nesta caminhada desde o dia da decisão da candidatura, pela compreensão nos momentos de ausência e pelas surpresas que foram geradoras de motivação e de força para continuar.

A vida ganha sentido por vários motivos, mas o sentido da minha é sem dúvida a vossa existência. Obrigado por tudo.

## RESUMO

**Enquadramento:** A relação psicológica que os colaboradores estabelecem com a organização, denominada de Comprometimento Organizacional, tem influência em fenómenos como o absentismo, *turnover*, pontualidade, comportamentos de cidadania e no desempenho dos colaboradores, demonstrando que colaboradores comprometidos são determinantes na obtenção de vantagens competitivas e no sucesso de todas as organizações.

**Objetivos:** Descrever os níveis de comprometimento organizacional, nas componentes afetiva, calculativa e normativa, dos Enfermeiros Especializados em Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, bem como a associação entre os níveis de comprometimento organizacional e as variáveis de caracterização da população em estudo.

**Método:** Estudo de natureza quantitativa, transversal e descritiva. mensuração com recurso à escala de comprometimento organizacional. A amostra foi constituída por 114 do total de 133 Enfermeiros.

**Resultados:** O comprometimento organizacional global apresentou um valor médio de 4,50, sendo que na componente afetiva a média foi de 5,04, seguindo-se a componente calculativa com 4,51 e a Normativa com 3,95. Revelam maiores níveis de comprometimento organizacional os enfermeiros: a desempenhar funções nas redes regionais de cuidados continuados integrados e no hospital de internamento médico; do género masculino; com idades mais avançadas; a trabalhar há mais tempo na instituição; viúvos; com grau de licenciados; a exercer simultaneamente funções de gestão e de prestação de cuidados especializados, com contrato de trabalho em funções públicas; com horário fixo; que não pretendem mudar de serviço atualmente. Apenas na componente afetiva do comprometimento organizacional foi identificada uma correlação significativa, positiva e fraca, com idades mais avançadas associadas a scores mais elevados na componente Afetiva do comprometimento organizacional ( $Rho=.0214$ ,  $n=86$ ,  $p=.048$ ).

**Conclusão:** Os enfermeiros que integraram este estudo estão em média moderadamente comprometidos com a organização, sendo a componente afetiva a que apresentou valores mais expressivos seguindo-se a calculativa e a normativa.

Futuras pesquisas devem estudar o impacto das variáveis de caracterização nos níveis de comprometimento organizacional.

**Palavra Chave:** Enfermagem; Comprometimento Organizacional; Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira; Variáveis de caracterização

## ABSTRACT

**Background:** The psychological relationship that employees establish with organization, called organizational commitment, has an influence on phenomena such as absenteeism, turnover, punctuality, citizenship behaviors and in the performance of employees, demonstrating that committed employees are decisive in obtaining competitive advantages and in the success of all organizations.

**Aims:** Describe the levels of organizational commitment, in the affective, calculative and normative components, of the Rehabilitation Nurses of the Health Service of the Autonomous Region of Madeira, as well as the association between the levels of Organizational Commitment and the characterization variables of the study population.

**Methodology:** Quantitative, cross-sectional and descriptive study. Measurement using the organizational commitment scale. The sample was constituted for 114 nurses from a total of 133.

**Results:** The global organizational commitment presented an average value of 4.50, whereas in the affective component the average was 5,04, followed by calculative component with 4,51 and normative with 3,95. Higher levels of organizational commitment was obtained in Nurses: working in inpatient rehabilitation facilities and at the Hospital care; male gender; older age; working longer in the institution; widowers; with a Bachelor's degree; simultaneously exercising management and providing specialized care; with public functions employment contract; with fixed schedule; who do not intend to change workplace currently. Only in affective component of organizational commitment was identified a significant, positive and weak correlation, with older ages associated with higher scores in the affective component of organizational commitment ( $Rho = .0214$ ,  $n = 86$ ,  $p = .048$ )

**Conclusions:** The nurses who are part of this study are on average moderately committed to the organization. The affective component was the one that obtained more expressive values following the calculative and normative components.

Future research should study the impact of characterization variables on levels of organizational commitment.

**Keywords:** Nursing; Organizational Commitment; Health Service of the Autonomous Region of Madeira; characterization variables

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- CO – Comprometimento Organizacional
- CITTI – Contrato de Trabalho por Tempo Indeterminado
- CTFP – Contrato de Trabalho em Funções Públicas
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- ER – Enfermagem de Reabilitação
- OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OCS – Organizational Commitment Scale
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- RAM – Região Autónoma da Madeira
- RRCCI – Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados
- SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
<b>1.1. Comprometimento organizacional.....</b>	<b>25</b>
<b>1.2. Modelo de Meyer e Allen .....</b>	<b>28</b>
<b>1.3. Antecedentes do comprometimento organizacional .....</b>	<b>31</b>
<b>1.4. Consequências do comprometimento organizacional .....</b>	<b>35</b>
<b>1.5. O comprometimento organizacional e as organizações .....</b>	<b>39</b>
1.5.1. O comprometimento organizacional e as organizações de saúde.....	40
<b>1.6. O comprometimento organizacional e os fatores, sociodemográficos: o estado da arte .....</b>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO II- ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	<b>52</b>
<b>2.1. Metodologia .....</b>	<b>54</b>
2.1.1. Desenho do estudo .....	54
2.1.2. Objetivos.....	54
2.1.3. Questões de investigação.....	55
2.1.4. População .....	55
2.1.5. Identificação e operacionalização das variáveis em estudo .....	55
2.1.6. Instrumento de colheita de dados .....	56
2.1.6.a. Modelo de compromisso organizacional de Meyer e Allen .....	56
2.1.7. Procedimentos.....	57
2.1.8. Considerações éticas.....	58
2.1.9. Processamento dos dados.....	59
2.1.10. Tratamento estatístico .....	60
<b>2.2. Apresentação dos resultados.....</b>	<b>60</b>
2.2.1. Análise descritiva.....	60

2.2.1.a Apuramento da população e amostra do estudo .....	60
2.2.1.b. Caracterização dos níveis de comprometimento organizacional da amostra.....	64
<b>2.3. Discussão dos resultados.....</b>	<b>70</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>i</b>
<b>ANEXO A1 – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DA ESCALA .....</b>	<b>iii</b>
<b>ANEXO A2- AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DA TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA .....</b>	<b>iv</b>
<b>ANEXO B – DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....</b>	<b>v</b>
<b>ANEXO C – FOLHA DE INFORMAÇÃO AO EEER .....</b>	<b>vi</b>
<b>ANEXO D – OFÍCIO À PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO SESARAM.....</b>	<b>x</b>
<b>ANEXO E - PROJETO DE INVESTIGAÇÃO DE GRUPO .....</b>	<b>xii</b>
<b>ANEXO F- OFÍCIO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE E COMISSÃO CIENTÍFICA .....</b>	<b>xv</b>

## ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 - Dados de caracterização da amostra .....	63
Tabela 2 - Componentes do CO: valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão (n=114).....	65
Tabela 3 - Níveis de CO por contextos da prática .....	65
Tabela 4 - Níveis de CO por género .....	66
Tabela 5 - Níveis de CO por idade .....	66
Tabela 6 - Níveis de CO por antiguidade na instituição .....	67
Tabela 7 - Níveis de CO por estado civil.....	67
Tabela 8 - Níveis de CO por nível de formação académica .....	68
Tabela 9 - Níveis de CO por tipo de função exercida.....	68
Tabela 10 - Níveis de CO por tipo de vínculo .....	69
Tabela 11 - Níveis de CO por tipo de turno.....	69
Tabela 12 - Níveis de CO por intenção de pedido de transferência para outro serviço.....	70
Tabela 13 - Correlações bivariadas de Spearman entre a Idade e o Comprometimento organizacional e as suas componentes.....	70

## **ÍNDICE FIGURAS**

Figura 1 - As três componentes do Comprometimento Organizacional .....	29
Figura 2 - Consequências do Comprometimento Organizacional .....	37
Figura 3 - Diagrama de Fluxo dos Participantes do Estudo.....	62

## **INTRODUÇÃO**

A presente investigação surge integrada no projeto coletivo intitulado: “Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira: Um estudo de Caracterização”. Um projeto desenvolvido, no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação do 3º semestre, pelos mestrandos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria e Escola Superior de Enfermagem Montalvão Machado, tendo como Investigadora Principal a Prof.<sup>a</sup> Doutora Bruna de Gouveia.

Com este estudo, pretende-se descrever os níveis de Comprometimento Organizacional (CO) dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), percebendo que associação existe entre os níveis de CO obtidos e as características sociodemográficas dos mesmos Enfermeiros.

Desde sempre que o foco principal da atividade de qualquer organização assenta na obtenção de resultados positivos, fruto de um bom planeamento e da persecução e concretização dos seus objetivos, ganhando este desiderato mais significado quando falamos em organizações cujo centro da ação é a saúde.

Assim, é imperativo para qualquer organização de saúde, em primeira instância, investir na otimização e qualidade dos serviços prestados, pois, só dessa forma, obterá resultados positivos que se irão traduzir, neste âmbito, em ganhos em saúde tanto para o cliente, prevenindo a doença ou obtendo uma recuperação efetiva de modo mais célere, como para a própria instituição, ao conseguir reduzir os custos associados a internamentos mais longos assim como a índices de procura elevados e recorrentes dos serviços de saúde.

A excelência da qualidade de cuidados depende de vários fatores, nomeadamente dos recursos materiais, técnicos e humanos. No entanto, face às atuais adversidades pelas quais atravessam os setores públicos do País e da Região, em particular o setor da saúde, a escassez de recursos financeiros obriga a necessárias medidas de contenção de custos de funcionamento, não sendo exceção a esta regra os recursos humanos, que por este motivo vêm as dotações estarem aquém do desejável na grande maioria dos serviços e na generalidade das áreas, em particular na área da enfermagem.

Dotações de recursos humanos abaixo das desejáveis, associadas a falhas a nível das condições de trabalho e à insuficiente valorização do papel do Enfermeiro, como temos vindo a verificar existir a nível nacional e regional, constituem fatores que podem levar a uma diminuição dos níveis de CO.

O comprometimento dos recursos humanos com organização é crucial para os interesses pessoais, profissionais e o desenvolvimento organizacional, Lima et al., (2015). Evidência científica aponta o CO do Enfermeiro como preditor do desempenho, com significativo impacto na qualidade dos cuidados e satisfação dos clientes, sendo ainda determinante para o compromisso com estes, bem como para o desenvolvimento de comportamentos positivos, minimizando aspetos negativos como conflitos e exaustão, Karami et al. (2017), Gabrani et al., (2016), Nunes e Gaspar (2013), Gupta, Agarwal e Khatri (2016), e Santos, Chambel e Castanheira (2016).

O comprometimento dos indivíduos nas organizações, há décadas que tem vindo a constituir objeto de atenção dos investigadores. Desde os estudos pioneiros de Porter, Steers, Mowday e Boulian (1974), que a investigação tem trazido múltiplos esclarecimentos inovadores em relação ao conceito, a ponto do CO se ter tornado, na atualidade, um campo de investigação dominante no mundo empresarial. Em termos teóricos, o CO é entendido como uma ligação psicológica entre o indivíduo e a organização que influencia a decisão de permanência na organização e à colaboração para o alcance de resultados da mesma (Porter et al, 1974).

São vários os fatores que podem determinar os níveis de CO dos colaboradores, sendo os sociodemográficos, que estarão também na base da presente investigação, alguns dos que têm sido comprovados pelos achados de vários estudos como os de Bexiga (2018), Ferreira, M. (2005), Labrague et al. (2018), Sepahvand et al., (2017) e Silva (2011).

Por outro lado, Nunes & Gaspar (2013), referem que “em todas as organizações é fundamental desenvolver ambientes promotores de bem-estar, de envolvimento e de retenção dos profissionais” (p.2.), visão que vai de encontro ao preconizado pela OMS (2010), ao considerar que “ a riqueza de uma empresa depende da saúde dos seus trabalhadores” (p.ii), e que um ambiente de trabalho saudável é “aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho” (p.6).

Foi com base nestes pressupostos, (a consciência da realidade atual dos serviços de saúde do País e da Região, e da influência que os constrangimentos que se verificam

exercem sobre os níveis de CO; o impacto significativo, dos níveis de CO na qualidade dos cuidados e nos ganhos em saúde para os doentes e instituições, que a evidência sustenta; a influência dos fatores sociodemográfico nos níveis de CO; e a coresponsabilidade dos colaboradores na promoção de ambientes de trabalho saudáveis e promotores de bem-estar, defendida por organizações internacionais), associado ao facto de não haver até ao momento qualquer estudo semelhante tendo como alvo os EEER do serviço de saúde da Região, que surgiu a intenção do desenvolvimento desta investigação que tem como questões de investigação: Qual o nível de CO dos EEER que desempenham funções no SESARAM?; Qual a relação entre os níveis de CO dos EEER e as suas características sociodemográficas?

A elaboração deste estudo, do tipo transversal, quantitativo e descritivo, inédito na região, terá então como objetivos: descrever o nível de CO dos EEER na RAM, assim como analisar as associações existentes entre o CO e as características sociodemográficas, dos mesmos Enfermeiros.

A presente investigação reveste-se de grande pertinência pois facultará dados que permitirão enriquecer o conhecimento sobre os níveis de comprometimento dos EEER, o que permitirá à entidade empregadora sustentar uma tomada de decisões e a implementação de políticas mais adequadas e assertivas, indo de encontro às reais expectativas daqueles Enfermeiros. Os resultados deste estudo poderão ainda ter utilidade ao servir de base para futuras investigações que visem estudar a eficiência dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na RAM, bem como a associação entre as variáveis de caracterização e os níveis de CO de todos os Enfermeiros.

No que respeita à estrutura, começar-se-á por apresentar numa primeira parte o enquadramento teórico, através de uma síntese da literatura sobre as abordagens do CO o conceito de CO, os componentes do construto CO, o modelo de Allen e Meyer (1991-1997), os antecedentes do CO, assim como a implicação das variáveis sociodemográficas no CO e ainda uma breve revisão de literatura de estudos sobre CO em Enfermeiros de Portugal, da Europa e do Mundo, e seus resultados.

Na segunda parte apresentar-se-á a metodologia da investigação, onde caracterizar-se-á o objeto do estudo e a metodologia utilizada.

A terceira parte diz respeito à análise e discussão dos resultados da investigação, através dos inquéritos por questionários dados aos EEER.

Por último apresentar-se-ão as conclusões, as limitações do estudo bem como algumas sugestões para futuras investigações.



## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **1.1. COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL**

O conceito CO deriva do Inglês *Organizational Commitment*, e não havendo, até ao momento, consenso na tradução para o Português, optou-se pela utilização daquela considerada por Nascimento, Lopes e Salgueiro (2008), autores da tradução e validação da *Organizational Commitment Scale* de Meyer e Allen (1997), para a população Portuguesa.

No Dicionário infopédia da Língua Portuguesa (Porto Editora, 2020), o termo aparece associado a palavras como obrigar-se, empenhar-se, responsabilizar-se, sendo sinónimo de compromisso, empenho, entendimento, obrigação, promessa, prometimento e responsabilidade.

Desde a origem do conceito comprometimento no mundo da investigação, pelo estudo de Beker (1960), sobre a clarificação do seu significado, que se tem assistido a uma evolução natural no modo de o interpretar assim como nas teorias que lhe servem de base.

Na sua teoria Beker (1960), afirma que o comprometimento é uma explicação clara para os comportamentos humanos consistentes, baseados no conceito de *side-bets*, considerando estas “trocas -laterais” o facto de o colaborador fazer um investimento (tempo, dinheiro, esforço) numa organização, que ele considera como algo valioso e que poderá perder se abandonar a organização. O autor revela então que o nível de comprometimento será diretamente proporcional ao número de investimento feito pelo indivíduo na organização, teoria comprovada mais tarde por Alutto et al, (1973), Mowday et al, (1982), Morrow, (1983), Meyer e Allen, (1984), e Reichers, (1985). Os estudos realizados por Aranaya e Jacobson, (1975) e Cohen e Lowenberg (1990) produzem resultados que a contrariam.

Na década de 70, altura em que o CO começa a ser estudado de forma mais estruturada por autores como Poter, Steers, e Mowday (1974), o conceito é considerado como uma orientação afetiva ou emocional que o indivíduo dirige à organização, surgindo assim o comprometimento afetivo. São estes autores que desenvolveram o primeiro instrumento de medição do CO, o *Organizational Commitment Questionnaire*.

Na década seguinte, o CO é estudado em conjunto com os fatores que influenciam o trabalho, no entanto, como uma medida que é considerada empiricamente distinta das medidas de satisfação no trabalho e envolvimento no trabalho, pelos estudos realizado por Brooke e Russel (1988), e Mathieu e Farr (1991). Nesta fase, o CO deixa de ser um conceito abordado isoladamente, começando a ser estudado conjuntamente com outras

variáveis que influenciam o comportamento dos indivíduos nas organizações (Shore & Martin, 1989; Glisson & Durick, 1988; Farrel & Rusbult, 1981).

É também a partir da década de 80 que a comunidade científica começa a interessar-se pela compreensão não só dos determinantes, mas também, das consequências dos diferentes níveis de CO não só no comportamento dos colaboradores diretamente, mas também, nos ganhos das empresas indiretamente, como ficou demonstrado pelos estudos de Steers, (1977), Weiner e Vardi, (1980) e Mottaz, (1988), interesse que ainda se mantém atualmente em estudos como o de Sheikh, (2017).

Na década seguinte, Meyer e Allen (1997) definem CO como a relação psicológica que os colaboradores formam com a organização na qual desempenham as suas funções.

Meyer e Allen (1991), começam por abordar o conceito de CO tendo em conta duas perspetivas: a atitudinal e a comportamental. Enquanto a abordagem atitudinal foca-se no processo através do qual os colaboradores pensam acerca da sua relação com a organização, havendo congruência de objetivos e valores entre as duas partes, a abordagem comportamental relata o processo através do qual os colaboradores estão, de certa forma, presos a uma organização, e como agem perante esse facto (Meyer & Allen, 1991).

Numa revisão bibliográfica acerca do conceito, os autores consideram que apesar de haver muitas e variadas definições de CO, as mesmas podem agregar-se em três vertentes fundamentais; a relacionada a laços **afetivos** com a organização; a que tem por base os **custos** percebidos associados à saída de uma organização; e a que tem por base a **obrigação** moral em permanecer na organização (Meyer & Allen, 1991). É, de resto, com base nesta interpretação das variadas definições do conceito que os autores desenvolvem o modelo tridimensional do CO, que mais à frente se aprofunda, que norteia a criação da escala, ainda hoje referência, para estudos que pretendem avaliar o CO dos colaboradores enquanto ativos das organizações.

Bandeira et al. (2000), referiram que o CO pode ser entendido como um forte vínculo do indivíduo com a organização, que o incita a dar algo de si como sejam a sua energia e lealdade, complementando que o termo pode ser resumido numa atitude ou orientação para a organização que une a identidade do colaborador à organização.

Anteriormente, Merriam-Webster (1999), citado por Zangaro (2001), definiu comprometimento como:

um ato de cometer uma acusação ou um ato de confiança; (...), um acordo ou promessa em fazer algo no futuro; um compromisso ou assunção de uma obrigação financeira numa data futura; algo prometido; o estado de estar obrigado ou impelido emocionalmente” (p.14).

Com base nestas definições considera-se que, de um modo geral, o conceito de CO pode ser interpretado como o ato de prometer cumprir uma obrigação com alguém ou algo no futuro, (Zangaro, 2001).

Na opinião de Chang et al. (2002), os investigadores utilizam fundamentos consensuais para a definição de CO, sendo eles: o desejo de permanecer membro da organização; o orgulho por pertencer à organização; a identificação com os objetivos, metas e valores da organização; o envolvimento, o esforço e o empenho exercidos a favor da organização.

O modelo, mais recentemente desenvolvido para o estudo do CO, é da autoria de Rego et al. (2004), estabelecendo que o construto está dividido em seis dimensões ou componentes: o comprometimento afetivo, que engloba o comprometimento afetivo quando os colaboradores se sentem afetivamente ligados à organização, e o futuro comum que os colaboradores desejam; o comprometimento normativo, quando os colaboradores sentem a obrigação de permanecer na organização; o comprometimento instrumental que engloba os sacrifícios associados a deixar a organização e a escassez de alternativas que os atraiam noutras organizações; e o comprometimento de acomodação em que os indivíduos se acomodam, se sentem adaptados e não querem sair.

Nascimento, Lopes e Salgueiro (2008), autores da adaptação da escala de avaliação de CO de Meyer e Allen (1991, 1993, & 1997) para a população Portuguesa, continuam a considerar haver um reduzido consenso na definição do conceito, referindo-se às abordagens feitas por Dunham, Grube, e Castaneda (1994), Meyer e Allen (1997), Meyer e Herscovitch (2001), Meyer et al. (2004) e Mowday et al. (1982), destacando, contudo, a definição preconizada por Meyer e Allen (1991, 1993, & 1997).

Após várias décadas de estudo, o conceito de CO e todas as suas envolventes, quer sejam determinantes, consequências ou correlações, têm vindo a ser estudadas no âmbito empresarial, atendendo à evidente ligação encontrada entre essa variável, diretamente ligada aos colaboradores, e os resultados obtidos pelas organizações, incluídas também neste caso as que objetivam a prestação de cuidados de saúde, como os estudos realizados por Santos (2016), Karami et al. (2017) e Kim et al. (2016).

## **1.2. Modelo de Meyer e Allen**

Na década de 70 e 80, o CO começou por ser abordado de modo unidimensional como nos estudos realizados por Mowday et al. (1982). Contudo, a partir da década de 90, autores como, Meyer e Allen, (1991), Meyer e Allen (1997), Meyer et al. (2004), Hunt e Morgan (1994), e Rego et al. (2004), consideraram o construto como sendo multidimensional, uma vez que essa multidimensionalidade poderia explicar melhor a compreensão do comportamento individual (Meyer et al., 2004). É, com base nesta abordagem multidimensional, que Meyer e Allen (1991), apresentam o “Modelo das Três-Componentes do Comprometimento Organizacional” – *Three-Component Model of Organizational Commitment* –, em que o comprometimento assume simultaneamente uma componente afetiva (*affective*), calculativa (*continuance*) e normativa (*normative*).

Tendo por base este modelo, os colaboradores de uma organização podem estar comprometidos com a mesma de três modos distintos: afetivamente, calculativamente e normativamente.

A Componente Afetiva, está relacionada ao vínculo emocional que se estabelece entre o colaborador e a organização, pelo facto de haver uma identificação daquele com a empresa baseada na compatibilidade com valores humanos e objetivos comuns (Meyer & Allen, 1991). Esta componente do CO está ainda relacionada com a perceção pessoal das características objetivas e subjetivas da organização, sendo esse facto fundamental para a satisfação, motivação profissional e sucesso organizacional (Meyer & Allen, 1991; Gabrani et al., 2016; Meyer et al., 2012).

Relativamente à Componente Calculativa, a mesma considera-se associada à perceção dos colaboradores sobre os possíveis custos associados à saída da organização, sendo que a intenção de abandonar o serviço está muitas vezes relacionada ao sistema de recompensas, reconhecimento/valorização profissional e oportunidades de desenvolvimento de carreira, (Meyer & Allen, 1991; Nascimento, Lopes & Salgueiro 2008). Neste sentido, a dedicação do colaborador é proporcional ao retorno que eles esperam da organização, (Meyer & Allen, 1997; Gabrani et al., 2016).

O CO Normativo surge relacionado ao dever moral do colaborador em relação à organização e às mais-valias recebidas, levando-o a sentir uma obrigação de permanência, (Meyer & Allen, 1991). Neste domínio, colaboradores com níveis de CO normativo elevados desempenham a sua função com competência, de acordo com as normas da

instituição, mas sem grande envolvimento motivacional, (Franco, 2017; Goh & Marimuthu, 2016; Meyer & Allen, 1991; Meyer & Allen, 1997;).

Constata-se então que o CO é o estado psicológico influenciado por cada uma destas três componentes, e, através do qual, se “...caracteriza a relação do empregado com a organização, e tem implicações na decisão de continuar membro da organização” (Meyer & Allen, 1991, p. 67).

Baseados no modelo tridimensional, Meyer e Allen (1991) revelam que colaboradores com um forte Comprometimento Afetivo permanecem na organização porque assim o querem, enquanto que colaboradores cujo vínculo principal com a organização é baseado no Comprometimento Calculativo, permanecem na organização porque precisam, e, por outro lado, colaboradores com um alto nível de Comprometimento Normativo permanecem na organização porque sentem esse dever.

Na figura 1 estão sintetizadas as definições sobre as três componentes do CO de acordo com Rego e Souto (2004).

**Figura 1 - As três componentes do comprometimento organizacional**

<b>Categorias</b>	<b>Caracterização</b>	<b>A pessoa permanece na organização porque...</b>	<b>Estado Psicológico</b>
<b>Afetivo</b>	Grau em que o colaborador se sente <b>emocionalmente</b> ligado, identificado e envolvido na organização	...Sente que <b>quer</b> permanecer	Desejo
<b>Normativo</b>	Grau em que o colaborador possui um sentimento da <b>obrigação</b> , ou dever moral, de permanecer na organização	...Sente que <b>deve</b> permanecer	Obrigaçã
<b>Instrumental</b> / <b>Calculativo</b>	Grau em que o colaborador se mantém ligado à organização devido ao reconhecimento dos <b>custos</b> associados com a sua saída da empresa. Este reconhecimento pode advir da ausência de alternativas de emprego, ou do sentimento de que os sacrifícios pessoais gerados pela saída serão elevados	...Sente que <b>tem necessidade</b> de permanecer	Necessidade

Fonte: Rego e Souto (2004)

Meyer e Allen (1990), são da opinião que cada uma das três componentes do CO tem antecedentes e consequências diferentes, como mais à frente se irá aprofundar.

Tendo por base os antecedentes e consequências do CO, Pinho (2011), considera que estudos têm concluído existir semelhanças entre as três componentes. Como exemplo considera-se o facto de cada componente ter efeito no comportamento do colaborador e na sua decisão em permanecer na organização, assim como cada componente ser determinante na ligação entre o indivíduo e a organização, onde níveis elevados de CO afetivo, normativo ou calculativo diminuiriam a probabilidade de ocorrência de *turnover* (Pinho, 2011).

Considerando ainda as relações entre os diferentes Componentes do CO, estudos têm evidenciado existir mais semelhanças nos antecedentes e consequentes das correlações entre o comprometimento afetivo e o comprometimento normativo do que com o comprometimento calculativo (Meyer, 1997). No entanto, embora o desejo de permanecer na organização seja diferente da obrigação de o fazer, há uma tendência para que ocorram em simultâneo, uma vez que o comprometimento afetivo e o comprometimento normativo encontram-se relacionados (Meyer, 1997).

Se é certo que existem fortes evidências relativamente às semelhanças nos consequentes das três componentes do CO, certo também é que essas mesmas componentes não podem ser avaliadas separadamente. As componentes de CO afetiva e normativa não devem ser vistas como únicas na caracterização do CO de um colaborador, sendo por isso correto considerar que os colaboradores podem experimentar cada um destes estados psicológicos em diferentes graus (Ferreira, 2015).

Os colaboradores podem apresentar nas três componentes do CO diferentes níveis de intensidade, pois são resultado das diferentes experiências vivenciadas por cada um, o que resultará, também, em diferentes tipos de consequências nos seus comportamentos em contexto de trabalho (Meyer, Allen & Smith, 1993; Meyer & Allen, 1997).

Pode então aferir-se de acordo com a opinião dos autores que o CO global é determinado pela soma de cada um dos três Componentes, Afetiva, Calculativa e Normativa, correspondendo cada uma delas a um estado psicológico diferente e que a relação do indivíduo com a organização pode refletir vários graus dos três componentes em simultâneo (Ferreira, 2015).

O CO pode então ser quantificável, e com base no modelo desenvolvido, Meyer e Allen (1991) constroem a *Organizational Commitment Scale* (OCS) Escala de avaliação do CO, para o contexto Norte Americano, que depois é revisto pelos mesmos autores em

1997, subdividindo a primeira escala em três subescalas com o objetivo de calcular separadamente o comprometimento Afetivo, Normativo e Calculativo.

Passados onze anos, a OCS de Meyer e Allen (1991, 1993, & 1997) é traduzida e validada para a população Portuguesa por Nascimento, Lopes e Salgueiro (2008), sendo que a avaliação das qualidades psicométricas, desta versão em Português, para o contexto da Enfermagem, acontece onze anos após a tradução, mediante o estudo de Neves et al. (2018). Os achados deste estudo, que teve como objetivo avaliar a confiabilidade, consistência interna, validade do construto e validade externa do instrumento, permitiram concluir que “o instrumento foi adequado para monitorizar e avaliar o comprometimento organizacional dos Enfermeiros Portugueses” (Neves et al., 2018, p.1).

Após várias décadas o modelo de Meyer e Allen (1991, 1993, & 1997), é ainda atualmente o modelo referência para o estudo do compromisso no local de trabalho, preservando a sua estrutura tridimensional dividida nas três componentes: afetiva, calculativa e normativa (Jaros, 2017).

### **1.3. Antecedentes do comprometimento organizacional**

Estudos têm comprovado que existe forte relação entre o CO dos colaboradores e os resultados das organizações (Tarigan & Ariani, 2015; Kang, Stewart & Kim, 2011), sendo por este facto importante o estudo dos seus determinantes.

Atendendo à revisão bibliográfica realizada, considerou-se que os fatores determinantes do nível de CO podem subdividir-se em dois grupos principais: os intrínsecos ao colaborador, como as suas características sociodemográficas, e os extrínsecos ao colaborador, como as características do trabalho, as características da organização e o tipo de relacionamento com as chefias.

Não existe, contudo, consenso quanto à definição das categorias preditoras do CO. Steers (1977) identifica três categorias, (as características pessoais dos colaboradores, as características da função e as experiências de trabalho), Mowday et al. (1979) identificam quatro categorias (as características pessoais, as características da função, as expectativas em relação à função e os fatores estruturais), Wiener (1982) defende que existem cinco categorias (fatores demográficos, fatores da estrutura organizacional, fatores do clima organizacional, fatores da dimensão da organização e fatores da delegação da gestão), Reichers (1986), por seu turno considera que são três os grupos de variáveis que podem ser consideradas como antecedentes do CO, (as psicológicas, as comportamentais e as estruturais). Embora não exista consenso na definição das categorias todos os autores são unânimes em considerar a

pertinência do estudo das características individuais e situacionais que podem estar na base de diferentes níveis de CO que por sua vez influenciam os comportamentos dos colaboradores na organização (Meyer & Allen, 1997).

Para Mathieu e Zajac (1991), os dados consistentes de uma meta-análise realizada concluíram que os níveis de CO dos colaboradores podem ser influenciados pelas características pessoais, pelas relações grupo versus líder, pelas características organizacionais, e pelos estados de percepção da função (*role states*).

Tal como Mathieu e Zajac (1990), Cordeiro (2014) num estudo realizado com docentes, concluiu que diferentes níveis de CO estão relacionados com diferentes características pessoais e profissionais, constituindo esta premissa o ponto de partida para o desenvolvimento da presente investigação.

Por seu lado, Sheikh (2017), citando Angle e Perry (1981,) Hall e Schneider (1972), Hrebiniak e Alutto (1972), Koch e Steers (1978), Sisodia e Das (2013), refere também haver forte relação entre o CO e os fatores sociodemográficos como idade, sexo, necessidade de realização e posse de emprego, mas acrescentando outros fatores como: “as características do trabalho, incluindo autonomia e responsabilidade, o tipo de emprego e de tarefa” (p. 392).

No estudo realizado com docentes, o mesmo autor concluiu que o CO daqueles, variava de acordo com as suas características sociodemográficas como a idade, tempo de serviço, sexo e estado civil, assim como com fatores relacionados ao próprio trabalho como o nível de stress provocado pelas tarefas desenvolvidas, o tipo de interação social, oportunidade de participar na tomada de decisão e a qualidade das experiências de trabalho.

Os autores da escala utilizada no desenvolvimento deste estudo, consideraram a existência de categorias distintas de variáveis de influência do CO para cada uma das três componentes. Meyer e Allen (1991, 1993, & 1997) consideram que o CO afetivo é desencadeado pelas experiências anteriores de trabalho, principalmente as que satisfazem necessidades psicológicas do emprego, levando o colaborador a sentir-se confortável na organização e por sua vez, competente nas funções desempenhadas. Por outro lado, os autores consideram que o nível de CO calculativo pode ser desenvolvido pelo número de investimentos (*side-bets*) feitos pelo indivíduo na organização e pela falta de alternativas de emprego no mercado de trabalho. Por fim consideram que o CO normativo é um estado psicológico desencadeado pelas experiências prévias de socialização presentes no convívio

familiar e social, como também pelo processo de socialização organizacional, ocorrido após a entrada do indivíduo na organização.

O efeito do tipo de liderança sobre os níveis de CO tem sido outro aspeto muito estudado, sendo que a evidência tem comprovado que a qualidade da liderança é considerada fator determinante para o desenvolvimento de níveis positivos de CO entre Enfermeiros (Nunes & Gaspar, 2017). Também Orgambídez e Almeida (2018), concluíram num estudo realizado com Enfermeiros Portugueses que “O treino e formação dos supervisores em estilos de liderança e *coaching*, e recursos laborais no trabalho permitiriam aumentar os níveis de compromisso afetivo nas unidades de saúde” (p. 14).

Por outro lado, um estudo realizado por Vagharseyyedin (2016), revelou que existem 63 fatores diferentes que contribuem para o CO dos Enfermeiros, sendo estes integrados e agrupados em quatro categorias principais: características sociodemográficas dos Enfermeiros, estilos de liderança, perceção do contexto organizacional e características de ambiente de trabalho.

Já a meta-análise realizada por Mathieu e Zajac (1991), sugeriu forte relação entre algumas características sociodemográficas e o CO, e ainda que certas características ligadas ao posto de trabalho como atribuição de variedade de tarefas que impliquem maiores desafios e maiores níveis de autonomia, que vêm colmatar as necessidades fundamentais de competência e de autonomia, são fatores determinantes nos níveis de CO afetivo, uma vez que os colaboradores percecionam o seu posto de trabalho como mais rico. Ainda neste domínio, mas em estudos feitos com Enfermeiros, variáveis como realização profissional, participação na gestão e poder representativo, atitudes e qualidades de liderança dos gestores de Enfermagem e a comunicação entre Médicos, Enfermeiros e colegas, têm revelado ser preditores significativos de CO (Intepeler et al., 2019).

Os níveis de CO dos colaboradores para com a organização podem desenvolver-se e alterar-se ao longo do tempo, uma vez que as variáveis são influenciadas de acordo com a fase em que o colaborador se encontra na carreira (Reichers, 1986). Nesta perspetiva, a antiguidade é considerada como preditor significativo dos níveis de CO dos colaboradores.

Do ponto de vista estrutural, estudos como os de Sommer et al. (1996), mostram que os colaboradores de empresas de maior dimensão apresentam valores mais baixos de CO, o mesmo acontecendo em empresas com maiores índices de centralização e formalização.

Na perspetiva de Zeffane (1994) e Goulet e Frank (2002), o tipo de organização determina o nível de CO, sendo que os achados dos estudos realizados pelos autores, revelaram que os

níveis de CO são maiores nas empresas privadas pelo facto da gestão a este nível ser mais flexível e menos centrada nas regras e regulamentos.

Relativamente à perceção de justiça organizacional, esta aparece muitas vezes considerada como preditora do CO (Loi et al., 2006; Meyer & Smith, 2000; Porter et al., 2001). A este nível, estudos revelam que os colaboradores que se sentem tratados com justiça, tanto pela organização como pelas chefias, demonstram níveis mais elevados de CO, menores níveis de abandono das organizações (*turnover*), menores índices de absentismo, maior tendência para manifestarem comportamentos de cidadania organizacional e melhor desempenho organizacional (Rego, 1999; Rego & Carvalho, 2002).

Meyer et al. (2012), através dos resultados consistentes de uma meta-análise realizada descobriram que os valores culturais influenciam os níveis de CO sendo esses valores verificados a nível das componentes afetiva e normativa, não sendo possível verificar a sua influência na componente calculativo.

Mais recentemente estudos têm revelado que a perceção sobre o clima de segurança é outro antecedente de CO a considerar. Neste campo, uma investigação levada a cabo numa corporação de bombeiros do Sul dos Estados Unidos revelou que “Os bombeiros exibem um CO afetivo positivo como resultado de perceções positivas sobre o clima de segurança” (Smith, 2019, p. 1). O autor considera que o impacto do clima de segurança no CO afetivo são fundamentais para uma resposta de emergência mais eficaz, daí a importância do estudo desta variável.

#### **1.4. Consequências do comprometimento organizacional**

Ao longo dos anos, a evidência tem vindo a demonstrar que os níveis de CO dos colaboradores têm implicações diretas nos funcionários e nas organizações. Meyer e Allen (1997) consideram que as experiências vividas no local de trabalho afetam os colaboradores, quer a nível individual quer a nível profissional, tendo implicações no seu bem-estar. Por outro lado, observa-se também que os níveis de CO estão diretamente associados a variáveis como produtividade e ganhos financeiros para as organizações, (Pinho, 2011).

Sheikh (2017) citando Hall e Schneider (1972), Hrebiniak e Alutto (1972), Marsh e Mannari (1997), Porter et al. (1974), Saxena e Saxena (2015), Shagholi et al. (2011), Stevens, Beyer e Trice (1978) e Steers (1977), descreve o que pesquisas demonstram relativamente à forte relação entre CO e o comportamento dos colaboradores como rotatividade, absentismo e eficácia de desempenho, e as características atitudinais, emocionais e cognitivas como a satisfação e envolvimento no trabalho.

Meyer e Allen (1996), definem as implicações positivas de elevados níveis de CO olhando à multidimensionalidade do construto. Assim, colaboradores com um CO afetivo elevado, estão entusiasmados com o trabalho e empenhados em contribuir para o sucesso da organização (Meyer & Allen, 1997; Meyer & Herscovitch, 2001; Meyer, Becker & Vandenberghe, 2004), não perspetivando a sua saída da organização (Meyer et al., 2002). Relativamente à dimensão calculativa, elevados níveis de CO implicam que os indivíduos se vão esforçando no seu trabalho tendo em vista unicamente a realização dos seus objetivos pessoais como sejam a manutenção do emprego, remuneração, promoção, elevados custos associados à mudança ou ausência de alternativas, pelo que o colaborador permanece na organização enquanto não tiver alternativas, ou devido aos custos associados a uma mudança serem elevados (Meyer & Allen, 1997; Meyer & Herscovitch, 2001; Meyer et al., 2004). Por fim, os colaboradores que apresentem elevados níveis de CO na dimensão normativa, por sentirem que têm uma responsabilidade moral para com a organização, leva-os a realizarem de forma competente o seu trabalho, mas sem entusiasmo e empenhamento, permanecendo na organização enquanto o sentimento de obrigação moral for suficientemente forte (Meyer & Allen, 1997; Meyer et al., 2004).

Estudos recentes revelam que quando os colaboradores estão satisfeitos com o trabalho e sentem-se comprometidos com a organização, tendem a não rescindir ao

emprego voluntariamente, constituindo o CO, por si só, uma garantia de permanência dos colaboradores na organização (Church, He & Yarbrouhg, 2018; Tarigan & Ariani, 2015), diminuindo assim os índices de rotatividade e as implicações negativas a isso inerentes.

Karami et al. (2017) e Wong e Laschinger (2015) concluíram que o CO determina a intenção do colaborador em abandonar a organização, para além de que influencia o desempenho profissional e o sucesso organizacional.

Sheikh (2017), num estudo que visou estudar os antecedentes e consequências do CO em professores, concluiu que docentes comprometidos implicavam consequências significativas para as instituições de ensino. Este estudo demonstrou que os membros do corpo docente altamente comprometidos desejavam permanecer na sua organização atual, atuando em níveis mais altos do que seus colegas não comprometidos. O estudo observou também que os docentes altamente comprometidos apresentavam menores taxas de absentismo, estando mais entusiasmados e mais inclinados a executar comportamentos de cidadania organizacional.

Relativamente à enfermagem, estudos que tiveram por base entender as implicações decorrentes dos níveis de CO dos Enfermeiros, concluíram que baixos níveis de CO estavam associados a índices elevados de *turnover*, ou seja, abandono ou rotatividade entre serviços, Hayes et al. (2006) e Simon e Hasselhorn (2010), enquanto que, por outro lado, elevados níveis de CO estavam diretamente relacionados com ganhos em saúde associados a um bom desempenho e produtividade (Chen, 2003; McNeese, 1995).

É, portanto, fundamental que os Enfermeiros estejam comprometidos com as organizações onde desempenham funções, atendendo a que esse fator é potenciador de comportamentos positivos e de produtividade (Ferreira, 2015), o que irá traduzir-se naturalmente em cuidados de qualidade (Nunes & Gaspar, 2017).

Embora possa subentender-se que quanto maior for o nível de CO melhor para os colaboradores e as organizações, a verdade é que de acordo com estudos desenvolvidos por Mathieu e Zajac (1990) e Randall (1987) esse facto pode ter efeitos negativos, quer para os colaboradores, ao aumentar os seus níveis de stress nas relações familiares e tensão na sua vida pessoal, quer para as organizações, em termos de *turnover*, absentismo, falta de criatividade e inovação, fraco desempenho e deslealdade em relação à organização.

Considerando a existência de vários níveis de CO, variando entre o baixo, o moderado e o elevado, verifica-se que o mais adequado é um nível de CO moderado, o que se traduz por uma força estável, níveis de satisfação razoáveis e um equilíbrio entre os

interesses individuais e organizacionais, o que permite ter indivíduos mais motivados e, simultaneamente, mais comprometidos (Randall, 1987).

Na figura 2 encontram-se resumidas as possíveis consequências resultantes do CO, tanto para os colaboradores como para organização.

**Figura 2 - Consequências do Comprometimento Organizacional**

Nível de comprometimento organizacional	Consequências	
	Positivas	Negativas
<b>Comprometimento elevado</b>	Dedicação total à organização. Maior segurança e estabilidade no trabalho, maior empenho na concretização dos objetivos da organização.	Reduz a flexibilidade da organização, limita a inovação pelos colaboradores serem conformistas e rejeitarem alterações. Pode gerar-se conflitos com colegas que apresentam menores níveis de compromisso organizacional
<b>Comprometimento moderado</b>	Maior tempo de permanência dos trabalhadores na organização, diminuição das intenções de turnover e uma maior satisfação no trabalho	O facto de os colaboradores não estarem tão comprometidos com a organização, poderá fazer com que estes ponderem entre a satisfação dos interesses da mesma e dos seus interesses pessoais.
<b>Comprometimento baixo</b>	O elevado <i>turnover</i> e absentismo, que por norma é típico de trabalhadores pouco comprometidos, dá à empresa razões objetivas para os dispensar, caso se trate de trabalhadores conflituosos, com fraco desempenho.	As consequências negativas para a empresa resultantes de um baixo compromisso têm um peso muito superior: elevado <i>turnover</i> , absentismo, falta de pontualidade, fraca produtividade, deslealdade face à organização e possibilidade de os trabalhadores se envolverem em ações prejudiciais para a organização

Fonte: Adaptado de Randall (1987)

### **1.5. O comprometimento organizacional e as organizações**

O comprometimento dos colaboradores com a carreira e com a organização é considerado como de crucial importância para os interesses pessoais, profissionais e desenvolvimento organizacional (Lima et al., 2015).

O interesse da comunidade científica relativamente ao domínio CO e o seu impacto nas organizações, não é um fenómeno necessariamente recente. Bastos e Costa (1994), referem que desde os anos cinquenta já existiam estudos, como os de Purcell (1954) e de Stagner (1956), que visavam compreender as relações dos colaboradores com a organização. Mowday, Porter e Steers (1982), salientam que o conceito de CO tem sido um tema muito apelativo, tanto para gestores como para investigadores, sendo esta consideração muito válida ainda nos dias de hoje como demonstram os estudos de Karami et al. (2017) e Nunes e Gaspar (2017).

Todas as organizações são constituídas por colaboradores e dependem deles para poderem atingir os objetivos a que se propõem. Por este facto, Nunes e Gaspar (2014), consideram imperativo que em todas as organizações se desenvolvam ambientes promotores de bem-estar, de envolvimento e de retenção dos colaboradores.

Karami et al. (2017), defendem que CO é um construto multidimensional que está relacionado a um estado associado à relação afetiva entre o colaborador e a organização, a perceção de uma obrigação moral de permanência por lealdade e custo/benefício associado a deixar a organização. Para os mesmos autores, esse facto influencia a satisfação, o desempenho, a produtividade e o investimento profissional, bem como o volume de negócios.

Relativamente ao impacto dos níveis de CO no resultado do exercício das organizações, pesquisas revelam que um grau elevado de CO dos colaboradores contribui para o aumento da eficácia, eficiência e produtividade das organizações, garantindo que estas atinjam os seus objetivos, mantendo os níveis de competitividade que o mercado assim determina, (Hunt & Morgan, 1994; Pinho, 2011). Por esta razão torna-se fundamental para a saúde das organizações que os seus dirigentes entendam a importância da estabilidade da relação do colaborador para com a organização, criando para isso, condições que sustentem e mantenham a intensidade deste vínculo, mantendo-os assim cada vez mais comprometidos (Pinho, 2011). A este nível Rego (2003) considerou que o CO é o tópico que atrai mais interesse no âmbito da literatura sobre organizações, e neste domínio refere que as organizações de colaboradores, que adotem comportamentos

espontâneos de respostas a problemas, inovadores e criativos, que se identifiquem com a organização e que atuem como bons cidadãos organizacionais, tornam-se mais competitivas

Há já duas décadas Meyer e Allen (1997), referiam que as constantes alterações a nível do mundo do trabalho, têm contribuído para o aumento da competitividade entre as empresas, obrigando-as a novas abordagens a nível da sua organização, entre outras a nível do controlo de despesas incluindo na área dos recursos humanos. Por conseguinte, com menos trabalhadores, os autores consideravam que aqueles que permanecem tornam-se mais importantes e com mais responsabilidades atribuídas, nomeadamente na gestão do seu próprio trabalho, sendo fundamental por isso que a organização consiga mantê-los comprometidos, nomeadamente investindo na sua formação e treino, fator que será determinante na produtividade e ganhos da organização (Meyer e Allen, 1997). Este facto foi comprovado por estudos cujas pesquisas sugeriram um impacto positivo do CO nos resultados do trabalho, relacionados com o aumento do desempenho e da produtividade, Chen (1995) e McNeese (2003).

Outro aspeto importante, que tem vindo a estar na base de algumas pesquisas, prende-se com o facto de baixos níveis de CO estarem diretamente associados a maiores índices de *turnover*, com os impactos negativos que esse fenómeno acarreta para as organizações. Neste domínio, Mowday, Porter e Steers (1982), defenderam que o CO assume um papel importante, sendo que colaboradores mais comprometidos, são mais propensos a permanecer mais tempo na organização e a trabalhar para a realização de metas organizacionais.

### 1.5.1. O comprometimento organizacional e as organizações de saúde

Olhando mais em pormenor para as empresas cuja missão está centrada da prestação de cuidados de saúde, constata-se que as mudanças e reestruturações que têm vindo a ser implementadas, poderão interferir na relação dos colaboradores com as organizações, nomeadamente as reformas legislativas dos últimos anos no setor da saúde em Portugal, que visaram aspetos meramente económicos, descorando, muitas vezes, as questões que dizem respeito aos colaboradores enquanto pessoas no mundo do trabalho (Nunes & Gaspar, 2017). O mesmo acontece em outros países, onde as recentes mudanças e reestruturações organizacionais, com grande impacto no CO dos colaboradores, têm

vindo a determinar consequências nas organizações de saúde em geral e nos serviços de Enfermagem em particular (Camelo, 2009).

Embora a evidência recente demonstre que o nível de CO dos colaboradores de organizações da área da saúde tem significativo impacto no desempenho individual e organizacional, de maneira eficaz e eficiente (Karami et al., 2017) verificamos, ainda atualmente, que muitas organizações desvalorizam essa vertente, mantendo vínculos laborais cada vez mais precários e condições de trabalho menos favoráveis que por influenciarem direta e negativamente os níveis de CO, causam significativo impacto nos ganhos em saúde, nomeadamente a nível da qualidade de desempenho e da segurança dos cuidados (Baird, Tung & Yu, 2017; Naghneh et al., 2017; Nunes & Gaspar 2017).

Zangaro (2001), numa revisão bibliográfica que pretendia clarificar o conceito de CO no âmbito da Enfermagem, assumia que o comprometimento dos colaboradores com as organizações é uma questão crucial no mercado de saúde, realçando que ao conhecer-se os factos relacionados com o CO dos Enfermeiros, pode auxiliar os gestores na eliminação de fragilidades nas organizações, tornando-as mais competitivas. Este aspeto ganha tanto mais importância quanto o dado objetivo que nos dá conta que os Enfermeiros representam uma parcela significativa dos recursos humanos alocados às instituições de saúde, principalmente, nas instituições hospitalares (Ferreira, 2013; Karami et al., 2017).

Embora, sendo o maior grupo profissional na área da saúde, a verdade é que, segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal é dos Países com o mais baixo rácio de Enfermeiros/1000 habitantes. A média dos Países da OCDE situa-se nos 9.3 Enfermeiros/1000 habitantes e Portugal tem no SNS 6.9 Enfermeiros/1000 habitantes, sendo que na Região Autónoma da Madeira esse valor é de 8,48 Enfermeiros/1000 habitantes, cerca de 1,5 pontos percentuais acima da média nacional (OE, 2018). Os números revelam que o País sofre ainda com uma grande escassez de Enfermeiros, estando aquém das dotações seguras, o que, entre outros aspetos, coloca em causa a qualidade e segurança dos cuidados.

A este nível importa salientar que a escassez de Enfermeiros contribui para o aumento da insatisfação no trabalho, devido à sobrecarga que associada à falta de condições materiais, físicas e humanas do ambiente, que levam a um aumento do sentimento de intenção de sair da organização, característico do comprometimento calculativo (Freitas, 2015).

Considerando então a conjuntura atual do País e da Região, o significativo impacto das condições de trabalho assim como das dotações seguras das organizações de saúde no

CO dos Enfermeiros, as implicações diretas nos ganhos em saúde que níveis satisfatórios de CO determinam nomeadamente a nível da qualidade de desempenho e segurança dos cuidados, associado ao facto de na Região Autónoma da Madeira não ter sido encontrado qualquer estudo nesta área, torna pertinente a presente investigação, que neste particular, tem como público alvo os EEER do SESARAM.

## **1.6. O comprometimento organizacional e os fatores, sociodemográficos: o estado da arte**

Considerando que o foco da presente investigação visa descrever os níveis de CO dos EEER assim como a sua associação com as variáveis de caracterização da população em estudo, e tendo por base as conclusões da metanálise de Zangaro (2001) que refere haver uma influência direta das características pessoais dos Enfermeiros sobre os níveis de CO, procedeu-se à pesquisa de investigações análogas ao presente trabalho, em Portugal e no estrangeiro, de modo a compor um quadro de referências que constitua a base para a discussão dos resultados obtidos neste estudo.

Para tal, foi efetuada uma pesquisa em bases de dados utilizando os seguintes termos: Enfermagem, CO, Preditores, Antecedentes, Características Sociodemográficas.

Da busca realizada foram selecionados 18 estudos, que tiveram como objetivo estudar o CO em Enfermeiros e a sua relação com as características sociodemográficas (género, idade, antiguidade, estado civil, grau académico, categoria profissional, vínculo profissional, tipo de turno, contexto da prática/ dimensão do serviço.)

A escassez de evidência desta temática em Portugal, levou a que, nos critérios de inclusão de estudos nesta revisão de literatura, se admitissem todos os estudos realizados em Portugal, incluindo trabalhos académicos, facto que não sucede a nível internacional o que nos levou a incluir apenas aqueles realizados nos últimos 5 anos, com a exceção de uma metanálise de Mathieu e Zajac (1990) realizada sobre esta temática nos Estados Unidos da América, e cujos resultados têm constituído, a partir de então, referência em vários estudos como os de Miedaner et al. (2018), Nunes e Gaspar (2014), Neves (2018) e Pinho (2011), realizados recentemente.

Para além dos oito estudos realizados em Portugal (Bexiga, 2018; Ferreira, 2005; Nunes & Gaspar, 2014; Nunes & Gaspar, 2017; Pereira et al., Pinho, 2011, 2017; Santos, 2008; Silva, 2011), e tidos em conta nesta revisão, é de referir ainda a magnitude e dispersão de países estrangeiros abrangidos nesta investigação, num total de 7, e cujos

estudos, nomeadamente, dois dos Estados Unidos da América (Jones, 2015; Mathieu & Zajac, 1990), um do Brasil (Lima et al. 2015), um de Angola (Neves, 2018), três do Irão (Jafari et al., 2015; Karami et al., 2017; Sepahvand et al., 2017) uma da Alemanha (Miedaner et al., (2018), um da Coreia do Sul (Kim et al., 2016), e um das Filipinas (Labrague et al., 2018), constituirão uma base diversificada em termos geográficos, e por consequência culturais, com representação de 4 dos 5 continentes, o que permitirá enriquecer a discussão dos resultados obtidos no presente trabalho.

Os estudos contemplados tiveram uma amostra total de 5035 Enfermeiros, sendo o estudo com maior amostragem aquele realizado por Miedaner et al. (2018), com uma amostra total de 1485 Enfermeiros, e o de menor amostragem o realizado por Pereira et al. (2017) com apenas 34 Enfermeiros.

Deve-se também referir que na globalidade das pesquisas contempladas, as respetivas amostragens foram constituídas por Enfermeiros com vários tipos de grau académico, bem como de vínculo e categoria profissional. Não foi encontrado qualquer estudo, tanto em Portugal como no estrangeiro, que estudasse o CO e as características sociodemográficas exclusivamente em EEER, pelo que se optou por considerar os estudos feitos em Enfermeiros no geral.

Relativamente ao local de trabalho dos Enfermeiros, e não contemplando a metanálise, dos 17 estudos contemplados nesta revisão, 14 tiveram na sua base amostragens de Enfermeiros a desempenhar funções em unidades hospitalares públicas e privadas (Bexiga, 2018; Ferreira 2005; Jafari et al., 2015; Jones, 2015; Karami et al., 2017; Kim et al., 2016; Labrague et al., 2018; Lima et al. 2015; Mathieu & Zajac, 1990; Miedaner et al., 2018; Neves, 2018; Nunes & Gaspar 2017; Sepahvand et al., 2017; Santos, 2008; Silva, 2011), sendo que apenas 2 constituíram as suas amostras com profissionais a exercer funções em Centros de Saúde (Pereira et al., 2017; Pinho, 2011), e 1 com profissionais que se encontravam em contexto de formação a frequentar um curso de Pós graduação em Enfermagem no ano letivo 2011/2012 (Nunes & Gaspar, 2014).

No que concerne ao tipo de instrumento de colheita de dados utilizado, é de salientar que em 15 estudos (Bexiga, 2018; Ferreira, 2005; Jafari et al., 2015; Jones, 2015; Karami et al., 2017; Labrague et al., 2018; Mathieu & Zajac, 1990; Miedaner et al., 2018; Neves, 2018; Nunes & Gaspar, 2014; Nunes & Gaspar, 2017; Pereira et al., 2017; Pinho, 2011; Santos, 2008; Sepahvand et al., 2017; Silva, 2011), os autores optaram pela utilização da escala tridimensional proposta por Meyer e Allen (1991, 1993, & 1997),

sendo que desses, no estudo realizado por Miedaner et al. (2018), foi utilizada apenas a componente afetiva do CO.

Lima et al. (2015) optaram por utilizar no seu estudo a escala de avaliação do CO proposta por Carson e Bedeian, (1994), enquanto Kim et al. (2016), elegeram o modelo desenvolvido por Mowday, Steers e Porter (1979).

Os autores que utilizaram o modelo de Meyer e Allen (1991, 1993, & 1997), tiveram em linha de conta diferentes pontos de corte, sendo que alguns (Bexiga, 2018; Jafari et al., 2015; Jones, 2015; Miedaner et al., 2018; Nunes & Gaspar, 2014; Nunes & Gaspar, 2017; Pereira et al., 2017), utilizaram como ponto de corte o valor médio de 3,5, por terem usado uma escala do tipo likert de 1 a 7 pontos. Outros autores como Ferreira (2005), Lima et al. (2015), e Neves (2018), optaram por utilizar o ponto de corte 2,5, por força da utilização da escala do tipo likert de 1 a 5. Por outro lado, Santos (2008), embora tendo utilizado uma escala do tipo likert de 1 a 7, optou por utilizar mais do que um ponto de corte, partindo do princípio da possibilidade de obtenção de valores totais em cada questionário, entre um mínimo de 19 e um máximo de 133, considerou valores totais entre 95 e 133 como CO elevado, entre 57 e 94 CO moderado e inferiores a 56 como CO fraco. Karami et al. (2017), Labrague et al. (2018) e Sepahvand et al. (2017), pese embora terem utilizado também uma escala do tipo likert de 5 pontos, optaram por utilizar diferentes pontos de corte: Sepahvand et al. (2017) consideraram pontos de corte para os valores totais obtidos (de 0 a 33 - baixo nível de CO; de 34 a 67 - nível moderado de CO; de 68 a 100 alto nível de CO), tal como Karami et al. (2017), (de 90 a 120 alta nível de CO; de 60 a 90 moderado nível de CO; menores que 60 baixo nível de CO), enquanto que Labrague et al. (2018), consideraram diferentes pontos de corte para valores médios totais ( de 1 a 2,33 baixo nível de CO; de 2,34 a 3, 66 moderado nível de CO; de 3,67 a 5 alto nível de CO).

Relativamente aos autores que utilizaram outros modelos de avaliação do CO, de referir que tanto Lima et al. (2015), que utilizaram o modelo de Carson e Bedeian (1994), como Kim et al. (2016), que utilizaram o modelo de Mowday, Steers e Porter (1979) revista por Kim (1986), utilizaram o valor 2,5 como ponto de corte, também por força da utilização da escala do tipo likert de 1 a 5.

Analisando os resultados obtidos nas investigações acima referidas, e começando pela variável CO, em todos os estudos realizados em Portugal (Bexiga, 2018; Ferreira, 2005; Nunes & Gaspar, 2014; Nunes & Gaspar, 2017; Pereira et al., 2017; Pinho, 2011; Santos, 2008; Silva, 2011), foram obtidos valores globais médios de nível de CO

moderados, com score médio de 4,34 numa escala de 1 a 7. O valor mais baixo de nível global médio de CO, com um score de 3,70, foi obtido no estudo de Santos (2008), realizado em Enfermeiros de Hospitais de Lisboa, Porto e Coimbra. Para o autor, este score deve-se a uma componente normativa fraca, que apresentou um score de 3,13. Por outro lado, o valor mais alto de nível médio de CO, com um score de 5,36, foi obtido no estudo realizado por Pereira et al. (2017) com Enfermeiros a exercer funções em Unidades de Saúde Familiares nos distritos de Braga, Porto e Viana do Castelo, resultado este que, segundo os autores, atinge esta dimensão por conta do score elevado da componente afetiva (6.10), que traduz o envolvimento e a identificação dos profissionais com o projeto unidades de saúde familiar.

No que diz respeito aos estudos realizados a nível internacional, de registar que foram obtidos níveis de CO global também de nível moderado tal como em Portugal, no entanto com um score médio ligeiramente superior, na ordem dos 4,62 numa escala de 1 a 7. De salientar que nos estudos realizados por Jafari et al. (2015) e Miedaner et al. (2018), não foram apresentados os resultados de CO global em termos quantitativos, tendo apenas sido feita referência qualitativa de nível moderado de CO global em ambos. Ainda relativamente aos estudos realizados no estrangeiro, de destacar que o nível médio de CO global mais elevado foi obtido no estudo realizado por Lima et al. (2015), no Brasil, com um score médio de 5,08 numa escala de 1 a 7. Em contraponto, o estudo onde se obteve menor score de CO global foi o realizado por Sepahvand et al. (2017), com um score médio de 3,64 numa escala de 1 a 7.

Analisando todos os estudos incluídos nesta revisão de literatura, tanto em Portugal como no estrangeiro, constata-se então que foi naquele desenvolvido por Pereira et al., (2017), realizado com uma amostra de Enfermeiros a exercer funções em Unidades de Saúde Familiares em Portugal, mais precisamente nos distritos de Braga, Porto e Viana do Castelo, onde se obteve o mais alto nível médio de CO global, com um score de 5.36, numa escala de 1 a 7, como já acima referido.

Concluída a análise pormenorizada dos níveis de CO globais, interessa, nesta sequência, perceber de que forma a tridimensionalidade do construto varia nos diversos estudos selecionados.

Analisando, em primeira instância, os estudos realizados em Portugal facilmente se denota que em todos eles (Bexiga, 2018; Ferreira 2005; Nunes & Gaspar, 2014; Nunes & Gaspar, 2017; Pereira et al., 2017; Pinho, 2011; Santos, 2008; Silva, 2011) a componente afetiva é aquela que surge com scores mais elevados com destaque para o estudo realizado

por Pereira et al. (2017), que obteve o score mais alto para este componente do CO, atingindo um valor de 6,3 numa escala de 1 a 7. Esta componente do CO assume o valor mínimo no estudo de 4,10 no estudo de Santos (2008), sendo, no entanto, a componente mais forte naquele estudo.

Na sequência surge a vertente calculativa que se assume como a segunda componente mais forte em 7 dos 8 estudos realizados em Portugal, por Bexiga (2018) Ferreira, (200), Nunes e Gaspar, (2014), Nunes e Gaspar, (2017), Pinho (2011), Santos (2008) e Silva (2011), com scores de 3,85, 3,68, 4,57, 4,32, 4,38, 3,88 e 4,85, respetivamente. Na investigação efetuada por Pereira et al. (2017), esta componente foi a menos pontuada, assumindo a terceira e última posição, com um score de 4,88 numa escala de 1 a 7. Note-se, porém, que apesar de no estudo de Pereira et al. (2017), a componente calculativa surgir como componente menos pontuada, o que é certo, é que o valor atingido é superior àquele obtido nos restantes estudos realizados no país.

No que concerne à vertente normativa, esta foi a que obteve scores mais baixos em 7 dos 8 estudos realizados em Portugal, (Bexiga, 2018; Ferreira, 2005; Nunes & Gaspar, 2014; Nunes & Gaspar, 2017; Pereira, 2017; Santos, 2008; Silva, 2011). Dentro destes estudos de referir que esta componente regista o valor mínimo na investigação realizada por Santos (2008), com um score de 3,13 numa escala de 1 a 7, e valore máximos (4,18) no estudo de Silva (2011).

No que concerne aos estudos realizados em Portugal, tendo em conta o preconizado por Meyer e Allen (1991), pode dizer-se que os Enfermeiros destas organizações permanecem nelas porque querem e estão comprometidos através de relações de carácter emocional que lhes permitem a identificação e o envolvimento com as mesmas. Por outro lado, o vínculo normativo apresenta-se frágil verificando-se um sentimento de fraca obrigação e dever moral para com as organizações.

A nível internacional os resultados são pouco homogéneos, sendo que nos estudos selecionados, onde surgem descritos quantitativamente os scores de cada um dos três componentes do CO, (Jones, 2015; Karami et al., 2017; Labrague et al., 2018; Sepahvand et al., 2017), destaca-se a prevalência da componente afetiva, tal como acontece nos estudos em Portugal, que surge como a mais cotada nos estudos realizados por Jones (2015), Karami et al. (2017) e Labrague et al. (2018), com scores que variam entre o máximo de 4,66 no estudo de Labrague et al. (2018), e de 3,55 no estudo de Karami et al. (2017). Exceção a esta tendência surge no estudo realizado por Sepahvand et al. (2017), que constitui a única investigação do total das contempladas nesta revisão que avaliaram

scores para os componentes do CO, onde a componente afetiva, com um score de 3,6, fica cotada em segunda posição, sendo a mais forte a calculativa com um score de 3,9.

Ainda no que respeita aos estudos realizados a nível internacional, e analisando a componente normativa, de referir que esta surge como segunda mais cotada nos estudos de Karami et al. (2017) e Labrague et al. (2018), com scores de 3,72 e 4,55 respetivamente, e como a componente menos pontuada nos estudos de Jones (2015) e de Sepahvand et al. (2017), com um score de 3,5 e 3,4 respetivamente. No que diz respeito à componente calculativa, esta surge com menos pontuação nos estudos de Karami et al. (2017) e de Labrague et al. (2018), com scores de 3,4 e 3,9 respetivamente, sendo a componente com scores intermédios nos estudos de Jones (2015) e Sepahvand et al. (2017) com scores de 4,4 e 4,6 respetivamente.

Passando-se a analisar os estudos do ponto de vista das variáveis de caracterização, do total das pesquisas em análise nesta revisão de literatura, 10 descrevem a relação entre CO e o Género, sendo 5 deles (Bexiga, 2018; Ferreira, 2005; Gaspar, 2014; Nunes & Pinho, 2011; Silva, 2011), realizados em Portugal e os restantes 5, (Jafari et al., 2015; Karami et al., 2017; Labrague et al., 2018; Neves, 2018; Sepahvand et al., 2017), em países estrangeiros.

Dos estudos realizados em Portugal, em 3 deles (Ferreira, 2005; Silva, 2011; Pinho, 2011) os achados permitiram concluir que as Enfermeiras eram mais comprometidas do que os Enfermeiros, sendo que apenas o estudo de Bexiga (2018), contraria esses resultados. Por seu turno Nunes e Gaspar (2014), não obteve resultados estatisticamente significativos que permitam conferir diferenças de CO entre géneros.

Nos demais países contemplados nesta revisão os estudos realizados por Labrague et al. (2018) e Karami et al. (2017), confirmam que o CO é mais elevado no género feminino, sendo essa tendência contrariada pelos achados de Neves (2018). Sepahvand et al. (2017), Jafari et al. (2015) obtiveram resultados que não lhes permitiram concluir uma diferença significativa nos níveis de CO entre géneros.

Globalmente constata-se maiores níveis de CO no género feminino, resultados que são consistentes com metanálise de Mathieu e Zajac (1990) onde os achados revelaram que as mulheres tendem a apresentar maiores níveis de CO do que os homens, contudo os autores verificaram não existir uma relação estatisticamente significativa entre o género e os níveis de CO, conclusões estas que vêm contrariar os achados de Mowaday (1982), onde o género masculino apresentou, de forma inequívoca, maiores índices de CO.

Quando à variável idade, a sua relação com o CO foi estudada em 11 investigações das quais 4, (Bexiga, 2017; Ferreira, 2005; Nunes & Gaspar, 2014; Silva, 2011), foram realizados em Portugal e 7, (Jafari et al., 2015; Jones, 2015; Karami et al., 2017; Labrague et al., 2018; Miedaner et al., 2018; Neves, 2018; Sepahvand et al., 2017), em países estrangeiros.

Dos 5 estudos realizados em Portugal, 4 (Bexiga, 2018; Ferreira, 2005; Nunes & Gaspar, 2014; Silva, 2011) concluíram que os Enfermeiros mais velhos eram aqueles que estavam mais comprometidos com as organizações, sendo que no estudo de Nunes e Gaspar (2014), os resultados permitiram concluir a não existência de uma diferença, estatisticamente significativa, entre os níveis de CO nas várias faixas etárias. Também nos estudos realizados no estrangeiro, e que descreveram a relação entre os níveis de CO e a idade dos participantes no estudo, verificamos que na grande maioria os achados permitiram concluir que os participantes com mais idade eram mais comprometidos com a organização, (Jafari et al., 2015; Karami et al., 2017; Labrague et al., 2018; Miedaner et al., 2018; Neves, 2018), enquanto que nos estudos realizados por Jones (2015), e Sepahvand et al. (2017), não foi encontrada diferença estatisticamente significativa.

Em termos globais, verifica-se então que os níveis de CO são diretamente proporcionais à idade, sendo esta tendência consistente com os achados da metanálise de Vagharseyyedin (2016) e Mathieu e Zajac (1990), que confirmam que os mais velhos apresentam maiores níveis de CO.

Relativamente à variável de caracterização antiguidade no serviço e a sua relação com os níveis de CO, dos 17 estudos contemplados nesta revisão apenas 9 abordaram esta temática, sendo 4 em Portugal, (Bexiga, 2018; Ferreira, 2005; Nunes & Gaspar, 2014; Silva, 2011) e 5 em países estrangeiros (Jafari et al., 2015 ; Karami et al., 2017; Labrague et al., 2018; Miedaner et al., 2018; Sepahvand et al., 2017;).

No que se refere aos estudos realizados em Portugal, em dois, (Bexiga, 2018; Ferreira, 2005) os achados permitiram concluir que Enfermeiros a trabalhar há mais tempo apresentavam maiores indícios de CO. Já o estudo realizado por Silva (2011), relatou ao contrário, revelando que os Enfermeiros que apresentavam maiores níveis de CO eram aqueles que trabalhavam há menos de um ano, seguidos por aqueles que trabalhavam entre 1 e 4 anos, sucedendo-se os que trabalhavam entre 25 e 40, sendo que os que apresentavam menores índices de CO foram aqueles com tempo de serviço entre 5 e 24 anos. O estudo de Nunes e Gaspar (2014) não revelou qualquer relação estatisticamente significativa entre os níveis de CO e o tempo de serviço dos Enfermeiros.

Globalmente verificou-se uma tendência significativa de uma relação diretamente proporcional entre os níveis de CO e a antiguidade, achados que são consistentes com os resultados da metanálise de Mathieu e Zajac (1990).

No que concerne ao estado civil, registe-se que apenas em 6 estudos essa variável foi analisada, sendo 4 em Portugal, (Bexiga, 2018; Ferreira, 2005; Nunes & Gaspar, 2014; Silva, 2011) e 2 a nível internacional (Karami et al., 2017; Sepahvand et al., 2017).

Dos estudos realizados em Portugal, em dois deles não é verificada diferença na relação entre os níveis de CO e o estado civil (Bexiga, 2018; Nunes & Gaspar, 2014). No entanto, Ferreira (2005), considera que os divorciados são os mais comprometidos, resultado que é contrariado por Silva (2011), cujos achados do seu estudo permitiram concluir que são os solteiros aqueles que apresentam maiores níveis de CO enquanto que os divorciados são os menos comprometidos.

Internacionalmente, um estudo revela que são os solteiros os mais comprometidos (Karami et al., 2017), enquanto que Sepahvand et al. (2017) consideram não haver relação estatisticamente significativa entre os níveis de CO e o estado civil.

Há três décadas a metanálise de Mathieu e Zajac (1990), contrariava todos estes resultados, revelando que os casados são os que apresentavam maiores níveis de CO.

No que respeita à variável de caracterização grau académico e a sua relação com os índices de CO, o seu estudo foi considerado em apenas 5 do total das 17 investigações contempladas nesta revisão de literatura, sendo duas delas em Portugal, (Bexiga, 2018; Nunes & Gaspar, 2014), e as restantes 3 a nível internacional (Jafari et al., 2015; Jones, 2015, Karami et al., 2017).

Nas investigações realizadas em Portugal, uma delas revelou que os Enfermeiros que possuíam especialização eram os mais comprometidos e os Enfermeiros com grau de Mestre eram os menos comprometidos (Bexiga, 2018), já Nunes e Gaspar (2014), não considerou diferença estatisticamente significativa entre os Níveis de CO e os diferentes graus académicos.

A nível internacional dois estudos revelam que os Enfermeiros com grau académico de Mestrado são os que apresentam maiores níveis de CO, (Jones, 2015; Karami et al., 2017), resultados que Jafari et al. (2015) contrariam, concluindo que os Enfermeiros Mestrados são os menos comprometidos, resultado este consistente com a metanálise de Mathieu e Zajac (1990), que revelou uma correlação negativa entre o grau académico e CO.

Relativamente à variável categoria profissional, em 7 estudos a sua relação foi investigada relativamente aos níveis de CO, sendo 2 deles em Portugal, (Bexiga, 2018; Silva, 2011), e 5 a nível internacional, (Jafari et al., 2015; Karami et al., 2017; Labrague et al., 2018; Miedaner et al., 2018; Sepahvand et al., 2017).

A nível dos estudos realizados em Portugal, um deles revelou que os Enfermeiros gestores são os mais comprometidos (Bexiga, 2018) o que foi contrariado por Silva (2011), que considerou que os gestores eram os menos comprometidos sendo os Enfermeiros Especialistas os que apresentavam níveis mais elevados de CO.

Internacionalmente, dos 5 estudos que investigaram esta variável, 4 consideram os Enfermeiros gestores mais comprometidos, (Jafari et al., 2015; Labrague et al., 2018; Miedaner, 2018; Sepahvand et al., 2017), enquanto que Karami et al. (2017), consideram que os gestores são os menos comprometidos.

Globalmente os estudos consideram então haver uma relação diretamente proporcional entre os níveis de CO e a categoria profissional, achados que são consistentes com os resultados da metanálise de Mathieu e Zajac (1990).

Olhando agora para os 6 estudos que analisaram a variável tipo de vínculo e a sua relação com os níveis de CO dos Enfermeiros, verificamos que 4 foram realizados em Portugal (Bexiga, 2018; Ferreira, 2005; Nunes & Gaspar, 2014; Silva, 2011) e dois a nível internacional (Karami et al., 2017; Sepahvand et al., 2017).

Em Portugal 3 estudos revelam que os Enfermeiros efetivos apresentam menores níveis de CO (Bexiga, 2018; Ferreira, 2005; Silva, 2011) sendo que, Nunes e Gaspar (2014) não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de CO e o tipo de vínculo.

A nível internacional, Karami et al. (2017), concluíram que os Enfermeiros efetivos são menos comprometidos, enquanto que Sepahvand et al. (2017), não encontraram diferença estatisticamente significativa.

A nível geral pode concluir-se que os Enfermeiros efetivos são os que apresentam menores níveis de CO, sendo que os profissionais sem contrato efetivo estão mais comprometidos.

Apenas 3 estudos, e todos realizados em países estrangeiros, pesquisaram a relação entre os níveis de CO e o tipo de turno dos Enfermeiros, sendo que dois deles consideraram haver maiores níveis de CO nos Enfermeiros que trabalhavam por turnos rotativos (Jafari et al., 2015; Karami et al., 2017), tendência contrariada por Sepahvand et

al. (2017), que concluíram que os enfermeiros com horários fixos eram mais comprometidos.

Apenas um estudo, realizado também fora de Portugal, analisou a relação entre os níveis de CO e o tamanho dos serviços de internamento, por número de camas (Labrague et al., 2018), concluindo que os Enfermeiros de serviços com maior número de camas são mais comprometidos com a organização.

## **CAPÍTULO II- ESTUDO EMPÍRICO**



## **2.1. Metodologia**

Como já referido, este estudo surge então integrado no projeto coletivo intitulado: “Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização”. Um projeto desenvolvido, no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação do 3º semestre, pelos mestrandos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria e Escola Superior de Enfermagem Montalvão Machado, tendo como Investigadora Principal a Professora Doutora Bruna de Gouveia.

O referido projeto visa caraterizar a Enfermagem de Reabilitação da Madeira nas três vertentes da sua dimensão, nomeadamente, os clientes alvo de cuidados e respetivos cuidadores, os cuidados prestados e os EEER, sendo, nesta última dimensão, que se enquadra o projeto que se desenvolve no âmbito desta dissertação.

De seguida passa-se a desenvolver mais pormenorizadamente as opções metodológicas utilizadas relativamente aos aspetos que se prendem, entre outros, com o tipo de estudo, com as variáveis e a sua operacionalização.

### **2.1.1. Desenho do estudo**

No âmbito da realização desta dissertação optou-se por um estudo integrado no paradigma positivista, método quantitativo, caracterizado por ser um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador, e caracterizado pela objetividade, a predição, o controlo e a generalização (Fortin, 1999, p. 22).

Atendendo aos objetivos e às características da presente investigação, bem como ao tempo e recursos disponíveis, optou-se por um tipo de estudo com um desenho transversal, quantitativo e descritivo.

### **2.1.2. Objetivos**

Na definição dos objetivos do presente estudo optou-se por efetuar uma subdivisão entre o objetivo geral e os objetivos específicos, como a seguir se apresentam:

**Objetivo geral:** Caracterizar o nível de CO dos EEER da RAM.

**Objetivos específicos:**

- a) Descrever as características sociodemográficas do EEER da RAM;
- b) Descrever o nível de CO dos EEER do SESARAM, nas vertentes afetiva, normativa e calculativa;
- c) Analisar a relação existente entre os níveis de CO e as características sociodemográficas.

### 2.1.3. Questões de investigação

Definidos os objetivos surgem as seguintes questões que estão na base da realização do presente estudo de investigação:

- Qual nível de CO dos EEER da RAM, nas vertentes afetiva, normativa e calculativa?
- Existe relação entre os níveis de CO e as características sociodemográficas?

### 2.1.4. População

Neste estudo será alvo a população de EEER a desempenhar funções nos Serviços do SESARAM E.P.E., na data da avaliação.

### 2.1.5. Identificação e operacionalização das variáveis em estudo

No âmbito deste trabalho de investigação a variável em estudo foi o CO, nos seus componentes afetivo, normativo e calculativo. Como variáveis de caracterização consideraram-se aquelas referentes à caracterização sociodemográfica da população em estudo.

A variável CO foi avaliada com recurso à aplicação do Escala de Comprometimento Organizacional de Meyer e Allen (1991, 1993, & 1997), traduzida e validada para a população Portuguesa por Nascimento et al. (2008). Com o estudo desta variável, pretendeu-se caracterizar a população dos EEER da RAM relativamente aos níveis de CO quer no ponto de vista global quer individualmente nas suas três componentes. Os níveis de CO de cada componente da escala foram calculados através da soma dos valores atribuídos a cada uma das questões que compõe cada parte da escala, sendo que com a soma dos scores obtidos em cada um dos três componentes, obtivemos o nível global de CO.

No que concerne às variáveis de caracterização foram consideradas: a idade, a antiguidade os contextos da prática, género, estado civil, número de filhos, número de familiares a seu cargo, cônjuge trabalha fora de casa, cônjuge com trabalho por turnos, formação académica, problemas de saúde, hábitos tabágicos, prática de atividade física, tipo de função que exerce na maior parte dos turnos, tipo de vínculo laboral, tipo de horário e atividade laboral secundária.

#### 2.1.6. Instrumento de colheita de dados

O questionário aplicado estava dividido em duas partes principais, uma primeira parte composta por questões de cariz sociodemográfica, seguida da escala de CO, que, por sua vez, encontra-se subdividida em 3 subescalas correspondentes aos três componentes do CO já validada para a população portuguesa (Nascimento et al., 2008).

##### *2.1.6.a. Modelo de compromisso organizacional de Meyer e Allen*

A escala de avaliação do CO, elaborada em 1991 por Mayer e Allen, revista pelos mesmos autores em 1997, é composta por três subescalas que pretendem avaliar as componentes afetiva, normativa e calculativa do comprometimento.

O modelo revisto em 1997, apresentou valores de consistência interna acima dos 0,7 em cada uma das três subescalas do CO afetivo, normativo e calculativo, com alfa de *Cronbach* de 0,85, 0,73 e 0,79 respetivamente.

O estudo de validação desta escala para a população Portuguesa, levado a cabo por Nascimento et al. (2008), revelou valores de consistência interna superiores aos obtidos pelos autores do instrumento, sendo que em cada uma das subescalas do comprometimento afetivo, normativo e calculativo obteve alfas de *Cronbach* de 0,91, 0,84 e 0,91 respetivamente.

Por sua vez, Neves et al. (2018), num estudo que pretendeu avaliar as qualidades psicométricas da versão portuguesa do Modelo de CO de Mayer e Allen (1991, 1993, & 1997), para o contexto da Enfermagem em Portugal, obteve valores de consistência interna para cada uma das subescalas do comprometimento afetivo, normativo e calculativo com alfas de *Cronbach* de 0,82, 0,81 e 0,65, respetivamente.

Estes valores são muito satisfatórios relativamente à consistência interna do instrumento de colheita de dados, no ponto de vista da sua aplicabilidade a Enfermeiros portugueses.

A escala é composta por 19 itens dos quais 6 pertencem à subescala de compromisso afetivo sendo que 3 são invertidos. Por sua vez, a subescala de compromisso calculativo apresenta-se com 7 itens. Por fim, a subescala que visa medir o compromisso normativo é composta por seis itens, sendo 1 invertido.

Os itens invertidos são utilizados pelo autor com o intuito de obrigar o participante a manter a total atenção no preenchimento da escala, sendo que a estes itens, devidamente identificados, deverá ser atribuída, após o preenchimento, uma codificação contrária aos outros itens, uma vez que, nestes casos, tal como se apresentam no questionário fornecido aos participantes, scores mais baixos correspondem a um maior nível de CO.

A seleção das respostas é baseada na utilização de uma escala do tipo likert, com sete posições, cada uma das quais tipificando a probabilidade de escolha da seguinte forma: “discordo totalmente” (1), “discordo moderadamente” (2), “discordo ligeiramente” (3), “não concordo nem discordo” (4), “concordo ligeiramente” (5), “concordo moderadamente” (6), e “concordo totalmente” (7). Considera-se como ponto de corte o valor 3,5.

As pontuações decorrentes da aplicação da escala de *Likert* são atribuídas e agregadas por forma a obter os scores para o CO, variando entre 17 e 133. Scores mais elevados indicam maior CO.

### 2.1.7. Procedimentos

O primeiro passo de todo o processo de colheita de dados visou selecionar a escala de medição do CO, seguindo-se o contacto, via email, com o seu autor bem como com o autor da validação para a população Portuguesa. Este contacto surge no sentido de obter autorização para a sua utilização no âmbito do presente estudo de investigação, tendo-se obtido por parte de ambos resposta favorável (Anexo A). No mesmo intervalo de tempo foi contruído o questionário com vista à obtenção dos dados relativos às características sociodemográficas dos EEER da RAM.

Passou-se de seguida à codificação de cada item e à elaboração de um manual de instruções para a aplicação do instrumento de colheita de dados. Procedeu-se também ao cálculo estimado de recursos e de custos, de acordo com o tamanho da população de EEER. Seguidamente precedeu-se à impressão dos questionários.

Uma vez organizados os instrumentos de colheita de dados, foram formadas e treinadas as equipas de investigadores, constituídas apenas pelos mestrandos do 1.º Curso de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem São José de cluny, coadjuvados pelo apoio técnico da docente Enf.<sup>a</sup> Arlinda Oliveira e da Investigadora Principal Professora Doutora Bruna de Gouveia.

Finalizada esta fase, deu-se início ao trabalho de campo propriamente dito sendo que a colheita de dados aconteceu entre os dias 4 e 14 de junho de 2019.

Antes da aplicação do instrumento de colheita de dados, todos os EEER que compõem a população em estudo, foram informados sobre a natureza e objetivos do projeto, assim como da metodologia a aplicar. Os participantes foram também previamente informados sobre a identidade responsável pelo estudo e os respetivos contactos.

Aos EEER que aceitaram participar foi solicitada a assinatura de um consentimento informado, (Anexo B), relativo à sua participação neste estudo, bem como a entrega de um documento, (Anexo C), assinado pelo investigador, onde constavam de forma mais detalhada as informações mais importantes. No final foi entregue um questionário de autopreenchimento a cada um dos EER que aceitaram participar no estudo.

Após a aplicação dos questionários, procedeu-se à introdução dos dados obtidos em bases de dados criadas para o efeito.

#### 2.1.8. Considerações éticas

O artigo 2.º da Lei nº 67/98, que transpõe para a ordem jurídica portuguesa a diretiva 95/46/CE, do parlamento europeu e do conselho, de 24 de outubro de 1995, relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados, prevê que o “tratamento de dados pessoais deve processar-se de forma transparente e no estrito respeito pela reserva da vida privada, bem como pelos direitos, liberdades e garantias fundamentais”.

Foi no cumprimento deste pressuposto legal, bem como dos princípios contantes do Código Deontológico da profissão de Enfermagem, inserido no Estatuto da OE, republicado como anexo pela Lei nº 156/2015, que se desenvolveu todo o processo de colheita de dados do presente estudo de investigação.

A 2 de Maio de 2019, enviou-se um ofício, (Anexo D), ao Conselho de Administração do SESARAM, submetendo-se o projeto de investigação, bem como a solicitação de parecer e autorização da comissão de ética, a qual, a 4 de junho de 2019

emitiu parecer favorável à realização do estudo, tendo-se, nesta altura, iniciado a colheita de dados.

Tal como consta no projeto de investigação acima referido, ao longo de toda o processo, foram garantidas as condições de privacidade e confidencialidade dos participantes bem como dos dados recolhidos. Esta obrigação foi concretizada através da definição de números de identificação (IDNR) atribuídos aos participantes antes do preenchimento do questionário, passando-se, a partir desse momento, a utilizar única e exclusivamente o código atribuído, em substituição dos dados pessoais, para a identificação de cada um dos questionários.

Tal como já anteriormente referido aos participantes foi disponibilizado um documento de consentimento informado, a ser assinado pelo próprio e pelo investigador responsável pela aplicação do questionário. Aos participantes foi ainda informado que a qualquer momento poderiam desistir do preenchimento do questionário sem que tal pudesse vir a incorrer em qualquer tipo de dano ou prejuízo.

Os dados recolhidos cingiram-se apenas ao estritamente necessário para examinar as variáveis em estudo, sendo toda a informação lançada em bases de dados de modo codificado.

Os questionários ficaram armazenados em local seguro, na posse da investigadora principal, até serem completamente destruídos quando se dê por concluída a investigação.

#### 2.1.9. Processamento dos dados

Após a colheita de dados procedeu-se ao seu tratamento, iniciando-se esta fase com a conceção de bases de dados numa plataforma do Excel de modo a poderem ser lançados os dados previamente codificados.

Após esta fase procedeu-se à distribuição de questionários preenchidos a cada um dos investigadores que introduziram os códigos referentes a cada resposta na plataforma Excel criada.

A compilação de todos os dados introduzidos foi realizada após o dia 30 de junho de 2019. Após esse processo, procedeu-se à verificação da conformidade dos dados, excluindo-se os casos fora dos limites padronizados, de modo a reduzir viés e facilitar a posterior análise estatística. Esta etapa decorreu até ao dia 28 de julho.

#### 2.1.10. Tratamento estatístico

Tratando-se de um estudo descritivo, o tratamento estatístico dos dados obtidos foi efetuado com recurso a técnicas de estatística descritiva, como sejam: frequências absolutas (n) e frequências relativas (%); medidas de tendência central como média, mediana e moda; e medidas de dispersão, designadamente variância e desvio padrão.

Embora este estudo seja de carácter essencialmente descritivo, recorreu-se também à estatística inferencial, sendo que a relação entre a variável de caracterização idade e a variável CO, avaliada através da escala aplicada, foi investigada utilizando a correlação de Spearman.

A análise dos dados recolhidos na presente investigação, foi efetuada com recurso ao software de cálculo estatístico IBM *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 24.

## 2.2. Apresentação dos resultados

Na apresentação dos dados obtidos no âmbito deste estudo, irá descrever-se o processo de apuramento da população e a sua caracterização bem como os resultados que permitiram apurar os níveis de CO dos EEER da RAM, e ainda a associação desses níveis com as variáveis de caracterização da população em estudo.

### 2.2.1. Análise descritiva

Os resultados que se seguem serão apresentados através de uma análise descritiva, sob a forma de tabelas de frequência, onde figurarão os dados obtidos quer relativamente às variáveis de caracterização da amostra, quer relativamente à variável em estudo e ainda à relação entre ambas.

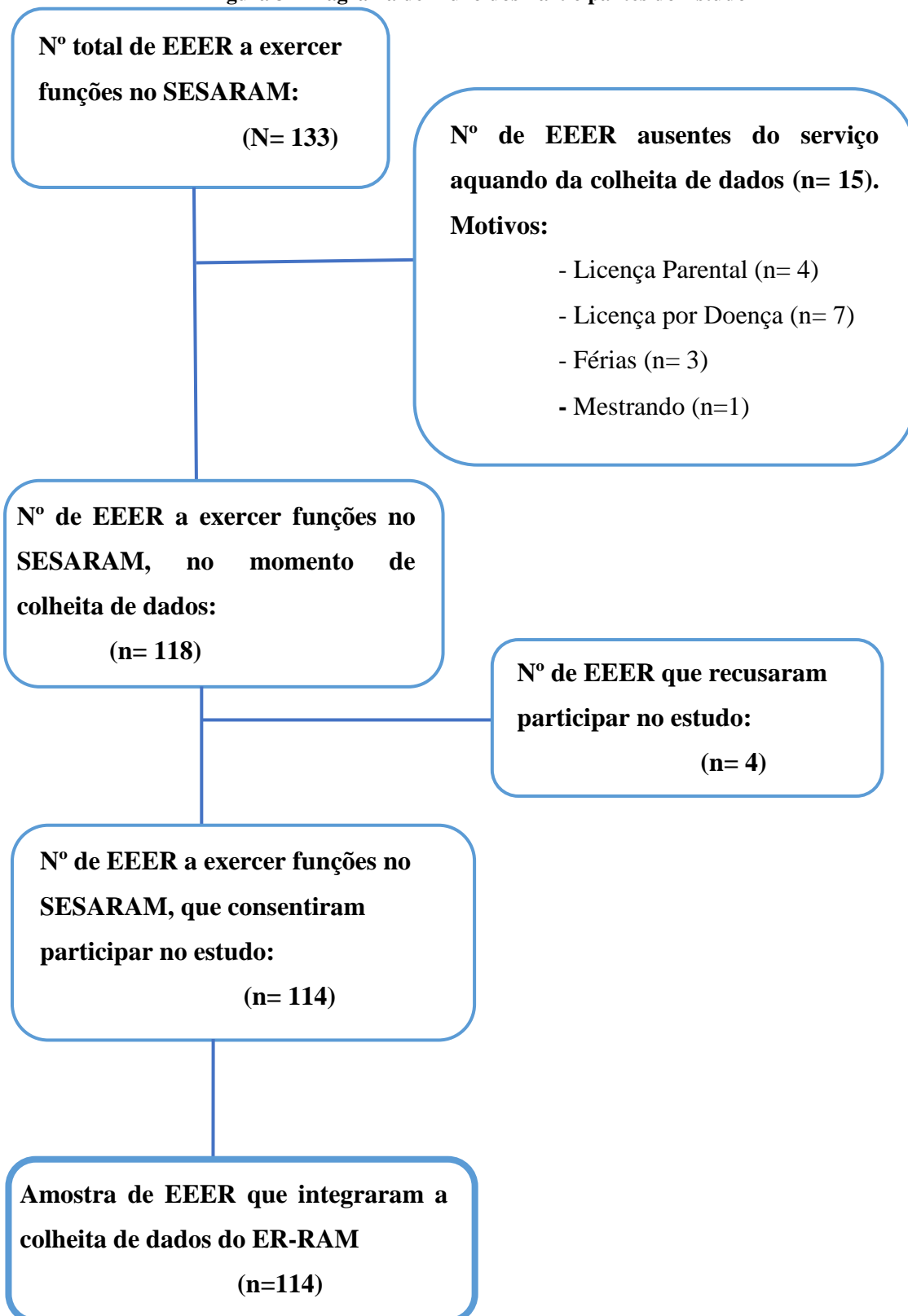
#### 2.2.1.a Apuramento da população e amostra do estudo

Atendendo a que a população de EEER do SESARAM é atualmente de N=133, optou-se por aplicar o questionário a todos os profissionais desta especialidade.

Do total de 133 EEER, 15 encontravam-se ausentes do serviço, por vários motivos, na data da colheita dos dados, 4 recusaram-se a participar no estudo. O questionário foi então devidamente preenchido por 114 participantes sendo esse o número que constitui a amostra do presente estudo.

Este processo de apuramento encontra-se descrito de forma elucidativa no fluxograma representado na Figura 3.

Figura 3 - Diagrama de Fluxo dos Participantes do Estudo



**Tabela 1 - Dados de caracterização da amostra**

	n	%
<b>Contexto da Prática</b>		
Hospital Nélio Mendonça	49	42,98
Hospital de Internamento Médico	14	12,28
Unidade de Internamento de Longa Duração	11	9,65
Rede Regional de Cuidados Continuados	10	8,77
Cuidados de Saúde Primários	30	26,32
<b>Género</b>		
Masculino	44	38,60
Feminino	70	61,40
<b>Idade (Grupos etários por anos)</b>		
30-40	28	24,56
40-50	30	26,32
50-60	22	19,30
60-70	2	1,75
Omissos	32	28,07
<b>Antiguidade (por anos)</b>		
De 5 a 25	74	64,91
Mais de 25	38	33,33
Omissos	2	1,75
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro(a)	16	14,04
Casado(a)/União de Facto	81	71,05
Viúvo(a)	5	4,39
Divorciado(a)	12	10,53
<b>Formação académica do EEER</b>		
Licenciatura	109	95,61
Mestrado ou superior	5	3,39
<b>Função que exerce</b>		
Gestão	26	22,81
Cuidados Especializados	68	59,65
Cuidados Gerais	8	7,02
Gestão e Cuidados Especializados	8	7,02
Cuidados Especializados e Cuidados Gerais	3	2,63
<b>Tipo de vínculo laboral</b>		
Contrato de trabalho em funções públicas	73	65,77
Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado	36	32,43
Outro tipo de vínculo	2	1,80
<b>Tipo de horário</b>		
Fixo	105	92,92
Rotativo	8	7,08
<b>Intenção de mudar de serviço</b>		
Sim	26	22,81
Não	42	36,84

De acordo com os dados constantes da Tabela 1, os EEER que aceitaram integrar a amostra deste estudo, estão divididos por 5 contextos da prática diferentes, estando afetos em grande parte, (42,98%), a serviços do Hospital Dr. Nélio Mendonça. O sexo feminino representa cerca de 61,40% dos participantes. Quanto à idade os intervalos mais representativos são os de 30 a 40 e de 40 a 50 anos com 24,56% e 26,32% do total da amostra respetivamente, sendo que a maioria, 64,91%, desempenha funções na organização entre 5 e 25 anos. Quanto ao estado civil, 71,05% da amostra é casada e quanto ao nível de formação 95,61% possui o grau académico de licenciado. Na maior parte do tempo 59,65% dos elementos da amostra exerce apenas cuidados especializados e 65,7% têm contrato de trabalho em Funções Públicas. O tipo de horário fixo é usufruído por cerca de 92,92%. No que respeita à intenção de pedir transferência para outro serviço, denota-se que esse propósito é considerado apenas por 22, 81% da amostra, sendo que a taxa de casos omissos a este nível é muito elevada na ordem dos 40,35%.

#### *2.2.1.b. Caracterização dos níveis de comprometimento organizacional da amostra*

Seguidamente serão apresentados os dados referentes à variável em estudo neste trabalho, e a sua relação com diversas variáveis de caraterização, nomeadamente: contextos da prática, género, idade, antiguidade, estado civil, grau académico, categoria profissional, tipo de função, tipo de turno e intenção de abandonar o serviço.

Analisando a Tabela 2, e tendo presente que os itens são avaliados a partir de uma escala de Likert de 7 pontos, considera-se o ponto de corte no valor 3,5. Verifica-se que relativamente à componente afetiva os valores da média são de 5,04, os de mediana de 5,16 com um desvio padrão de 1,32. Relativamente à componente calculativa os valores da média são de 4,51, os de mediana de 4,71 com um desvio padrão de 1,24. Quanto ao comprometimento normativo os valores da média são de 3,95; os de mediana de 4 e o desvio padrão de 1,23.

Todos os valores de média se encontram acima do ponto de corte, situando-se nos 4,52, podendo então dizer-se que os Enfermeiros se encontram empenhados com a organização, de modo mais acentuado do ponto de vista afetivo seguindo-se do calculativo e menos do ponto de vista normativo.

**Tabela 2 - Componentes do CO: valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão (n=114)**

Componentes do Comprometimento	Frequências				
	Mínimo	Máximo	X*	Mediana	S2
Afetiva	1,67	6,83	5,04	5,16	1,09
Calculativa	1,71	7	4,51	4,71	1,24
Normativa	1,00	6,33	3,95	4	1,23
<b>Total</b>	<b>1,53</b>	<b>6,21</b>	<b>4,5</b>	<b>4,52</b>	<b>0,91</b>

\* Valor médio de acordo com a escala de Likert de 1 a 7.

No que concerne aos contextos da prática de acordo com a **Tabela 3** podemos constatar que nos cinco contextos considerados, a maioria da amostra se encontra comprometida com a organização. A maior taxa de CO foi apurada no Hospital de Internamento Médico e nas RRCCI, ambas com uma percentagem de 100%. Por outro lado, as UILD são o contexto da prática onde os EEER estão menos comprometidos com uma percentagem de CO de 81,82%.

**Tabela 3 - Níveis de CO por contextos da prática**

Categoria Comprometimento	Contextos da Prática									
	HNM		HIM		UILD		RRCCI		CSP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não comprometido	8	16,33	0	0,00	2	18,18	0	0,00	3	10,00
Comprometido	41	83,67	14	100,00	9	81,82	10	100,00	27	90,00
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,00</b>	<b>14</b>	<b>100,00</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>	<b>10</b>	<b>100,00</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

*Nota: HNM=Hospital Nélío Mendonça; HIM= Hospital de Internamento Médico; UILD=Unidade de Internamento de Longa Duração; RRCCI=Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados; CSP=Cuidados de Saúde Primários.*

Quanto ao género, com base na **Tabela 4**, podemos observar que as taxas de CO apuradas foram elevadas e muito semelhantes em ambos os géneros, havendo uma diferença mínima abonatória a favor do género masculino que apresentou uma taxa de CO de 88,64%, enquanto o CO do género feminino foi de 88,57%.

**Tabela 4 - Níveis de CO por género**

Categoria Comprometimento	Género			
	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Não comprometido	5	11,36	8	11,43
Comprometido	39	88,64	62	88,57
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,00</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

Relativamente à idade, na Tabela 5 observamos que os EEER com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos são aqueles que apresentam maiores níveis de CO, atingindo os 100%, seguindo-se os Enfermeiros com idades compreendidas entre os 40 e 50 anos com 96,67%. Os mais baixos níveis de CO são observados nos EEER com idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos.

**Tabela 5 - Níveis de CO por idade**

Categoria Comprometimento	Idade							
	30-40*		40-50*		50-60*		60-70*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Não comprometido	4	14,29	1	3,33	2	9,09	0	0,00
Comprometido	24	85,71	29	96,67	20	90,90	2	100,00
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>	<b>2</b>	<b>100,00</b>

\* Intervalo de idades em anos

No respeitante à antiguidade na instituição, os dados da Tabela 6 permitem-nos aferir que, pese embora a escassa diferença percentual, os EEER com 25 ou mais anos de serviço são aqueles que apresentam maior nível de CO representando com uma taxa de 89,47%, enquanto que o CO dos EEER com tempo de serviço entre os 5 e os 25 anos foi de 89,19%.

**Tabela 6 - Níveis de CO por antiguidade na instituição**  
**Antiguidade**

<b>Categoria Comprometimento</b>	<b>de 5 a 25*</b>		<b>mais de 25*</b>	
	n	%	n	%
Não comprometido	8	10,81	4	10,53
Comprometido	66	89,19	34	89,47
<b>Total</b>	74	100,00	38	100,00

\* Anos de antiguidade na instituição

Relativamente ao estado civil, de acordo com a Tabela 7, podemos constatar que os EEER viúvos(as) são os que apresentam um maior CO com uma percentagem de 100%. Seguem-se os solteiros(as) com uma taxa de CO de 93,75%. Os divorciados(as) são aqueles que apresentam um CO mais baixo com um percentual de 83,33%.

**Tabela 7 - Níveis de CO por estado civil**  
**Estado Civil**

<b>Categoria Comprometimento</b>	<b>Solteiros</b>		<b>Casados</b>		<b>Viúvos</b>		<b>Divorciados</b>	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Não comprometido	1	6,25	10	12,35	0	0,00	2	16,67
Comprometido	15	93,75	71	87,65	5	100,00	10	83,33
<b>Total</b>	16	100,00	81	100,00	5	100,00	12	100,00

Quanto ao nível de formação académica, segundo a Tabela 8, os que apresentaram uma maior taxa de CO foram os EEER com Licenciatura com uma taxa de 88,99%. Desta feita, os EEER com nível de formação académica Mestrado ou superior, são os que revelam menos comprometimento com a organização com uma taxa de CO de 80,00%.

**Tabela 8 - Níveis de CO por nível de formação académica**

Categoria Comprometimento	Formação académica			
	Licenciatura		Mestrado ou superior	
	n	%	n	%
Não comprometido	12	11,01	1	20,00
Comprometido	97	88,99	4	80,00
<b>Total</b>	109	100,00	5	100,00

Olhando agora para os resultados apresentados na Tabela 9, constatamos que os níveis de CO são maiores nos EEER que, na maior parte do tempo, acumulam cargos de gestão e cuidados especializados, com uma taxa de 100%, seguindo-se dos EEER que exercem apenas gestão, com uma taxa de 96,15%. Os EEER que acumulam funções de cuidados gerais e cuidados especializados são aqueles que apresentam menores níveis de CO com uma taxa de 66,67%.

**Tabela 9 - Níveis de CO por tipo de função exercida**

Categoria Comprometimento	Função Exercida									
	G		CE		CG		GCE		CECG	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não comprometido	1	3,85	9	13,24	2	25,00	0	0,00	1	33,33
Comprometido	25	96,15	59	86,76	6	75,00	8	100,00	2	66,67
<b>Total</b>	26	100,00	68	100,00	8	100,00	8	100,00	3	100,00

*Nota: G=Gestão; CE=Cuidados Especializado; CG=Cuidados Gerais; GCE=Gestão e Cuidados Especializados; CECG=Cuidados Especializados e Cuidados Gerais.*

No que concerne ao tipo de vínculo laboral, segundo a Tabela 10, os EEER com outro tipo de vínculo são os mais comprometidos com a organização, apresentando uma percentagem de CO de 100%. Os EEER com contrato de trabalho em funções públicas são o segundo grupo com maior CO, apresentando uma taxa de 89,04%. Os menos comprometidos são os EEER com contrato individual de trabalho por tempo indeterminado que demonstraram um percentual de CO de 86,11%.

**Tabela 10 - Níveis de CO por tipo de vínculo  
Tipo de Vínculo Laboral**

Categoria Comprometimento	CTFP		CITTI		OTV	
	n	%	n	%	n	%
Não comprometido	8	10,96	5	13,89	0	0,00
Comprometido	65	89,04	31	86,11	2	100,00
<b>Total</b>	73	100,00	36	100,00	2	100,00

*Nota: CTFP=Contrato de trabalho em funções públicas; CITTI=Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado; OTV=Outro tipo de vínculo*

No que diz respeito à relação do CO com o tipo de horário, de acordo com a Tabela 11, os EEER mais comprometidos com a organização são aqueles que cumprem um horário fixo com uma percentagem de CO de 88,57%, no entanto a taxa de CO dos EEER que têm horário rotativo é bastante semelhante assumindo um valor percentual de 87,50%.

**Tabela 11 - Níveis de CO por tipo de turno  
Tipo de horário**

Categoria Comprometimento	Fixo		Rotativo	
	n	%	n	%
Não comprometido	12	11,43	1	12,50
Comprometido	93	88,57	7	87,50
<b>Total</b>	105	100,00	8	100,00

Quanto à intenção de pedir transferência para outro serviço, no decurso da análise da Tabela 12, onde não estão plasmados os casos omissos, constatamos que do total de EEER que não pretende fazê-lo atualmente, 90% apresentam-se comprometidos com a organização. Por outro lado, do total de EEER que pretende pedir mudança de serviço, 76,92% apresentam níveis de CO acima do ponto de corte, ou seja, estão comprometidos com a organização.

**Tabela 12 - Níveis de CO por intenção de pedido de transferência para outro serviço**

Categoria Comprometimento	Não		Sim	
	n	%	n	%
Não comprometido	4	9,52	6	23,08
Comprometido	38	90,48	20	76,92
Total	42	100,00	26	100,00

A relação entre a Idade e o CO, avaliado através da escala QECO, foi investigada utilizando a correlação de *Spearman*. Analisando os dados da Tabela 13, constata-se que entre a idade e o comprometimento não se verifica uma correção significativa, ( $Rho = .099$ ,  $n=86$ ,  $p=.356$ ). Ao analisar a relação entre a Idade e cada uma das componentes do CO, apenas na Componente Afetiva foi identificada uma correlação significativa, positiva e fraca, com idades mais avançadas associadas a scores mais elevados na Componente Afetiva do CO ( $Rho = .214$ ,  $n=86$ ,  $p=.048$ ).

**Tabela 13 - Correlações bivariadas de Spearman entre a Idade e o Comprometimento organizacional e as suas componentes.**

	n	Rho	p
Idade * QECO Score Total Médio	86	.099	.356
Idade * QECO Componente Afetiva	86	.214	.048
Idade * QECO Componente Calculativa	86	.030	.782
Idade * QECO Componente Normativa	86	.016	.881

### 2.3. Discussão dos resultados

Neste capítulo proceder-se-á à discussão dos resultados obtidos nesta investigação, comparando-os com os obtidos por vários autores a nível nacional e internacional.

Este estudo teve como participantes os 133 EEER do SESARAM, como tal, a amostra é igual à população de Enfermeiros que no período de colheita de dados se

encontravam no exercício das suas funções. Não participaram no estudo 15 Enfermeiros por estarem ausentes do serviço (Licença Parental, (4), Licença por Doença, (7), Férias, (3), ser estudante do MER, (1), e 4 por recusa, perfazendo uma amostra de 114 Enfermeiros.

Os 114 questionários distribuídos, foram constituídos como amostra final, sendo a taxa de resposta de 100%.

Os Enfermeiros participantes neste estudo, na sua grande maioria, trabalham em hospitais ou unidades de internamento, sendo que apenas 26,32% trabalha em centros de saúde. O presente estudo contou com uma amostra de Enfermeiros de diferentes contextos da prática profissional, ao contrário de outros estudos como os de Jones (2015), Karam et al. (2017), Miedaner et al (2018), Nunes e Gaspar (2017), Sepahvand et al. (2017), que estudaram apenas profissionais a trabalhar em Hospitais e Pereira et al. (2017) e Pinho (2011), que estudaram apenas Enfermeiros a trabalhar em centros de Saúde e USF respetivamente.

A amostra é maioritariamente feminina correspondendo a 61,40% do total de participantes, sendo que 38,6% são do género masculino. O resultado que confere maioria ao género feminino é consistente com os obtidos noutros estudos realizados em Portugal como os de Ferreira, (2005), Santos (2008), Silva (2011), Pinho (2011), Nunes e Gaspar (2014), Nunes e Gaspar (2017), Pereira et al. (2017) e Bexiga (2018). Também a nível internacional esta tendência é verificada, como nos estudos de Jones (2015), nos estados Unidos da América, de Lima et al. (2015), no Brasil, de Neves (2018), em Angola, de Jafari et al. (2015), Karami et al. (2017), e Sepahvand et al. (2017), no Irão, de Miedaner et al. (2018), na Alemanha, de Kim et al. (2016), na Coreia do Sul e de Labrague et al., (2018) nas Filipinas. De referir, contudo, que a percentagem de elementos do género feminino que participaram neste estudo, embora mantendo a maioria, é a de valor mais baixo tendo em conta todos os estudos analisados na revisão de literatura, o que nos leva a constatar uma maior prevalência de Enfermeiros do género masculino como EEER.

No que concerne ao estado civil dos elementos da amostra, de referir que, com exceção dos casos omissos, os EEER do SESARAM são maioritariamente casados, na ordem dos 71,05%, resultado que se assemelham aos obtidos por Pinho (2011), Lima et al. (2015) e Karami et al. (2017).

Relativamente à formação académica, os resultados do presente estudo revelaram que a grande maioria dos Enfermeiros, 95,61%, possuem o grau académico de licenciatura em Enfermagem. Estes resultados são consistentes com os obtidos por Bexiga (2018) e

Nunes e Gaspar (2014), onde as amostras foram constituídas maioritariamente também por Enfermeiros licenciados.

Já relativamente à função exercida pelos Enfermeiros participantes nesta pesquisa, a sua grande maioria exerce cuidados especializados, contudo com uma percentagem que não vai além dos 59,65%, tendo em conta a que a amostra foi constituída apenas por EEER. Os restantes participantes ou não exercem a especialidade, ou acumulam outro tipo de funções como a gestão e cuidados gerais. Atendendo a que a amostra foi constituída apenas por enfermeiros Especialistas, obteve-se este resultado muito significativo que é muito superior aos das amostras dos estudos de Bexiga (2018), Karami et al. (2017), Jafari et al (2015) e Nunes e Gaspar (2014), cujas amostragens foram constituídas por Enfermeiros com qualquer tipo de grau académico.

Quanto ao tipo de vínculo constatou-se que 98,2% dos participantes detém contrato efetivo, sendo uns em Funções Públicas e outros em Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado. Este resultado é consistente com outros estudos em Portugal como os de Bexiga (2018) e Nunes e Gaspar (2014), e a nível internacional como o de Karami (2017), onde a maioria dos elementos das amostras detinham contrato efetivo de trabalho.

Já no que respeita ao tipo de horário, na amostra do presente estudo, 92,92% dos Enfermeiros encontrava-se com horário fixo, ao contrário das amostras dos estudos de Sepahvand et al. (2017) e Karami et al. (2017), onde as amostras foram maioritariamente constituídas por Enfermeiros com turnos rotativos.

Relativamente à idade dos elementos da amostra, de referir que grande parte situa-se na faixa etária dos 40-50 e 30-40 anos, com percentagens de 26,32% e 24,56% respetivamente, resultados que são aproximados aos das amostras dos estudos de Bexiga (2018), Ferreira (2005), Jafari et al. (2015), Jones (2015), Karami et al. (2017), Kim et al. (2016), Lima et al. (2015), Miedaner et al. (2018), Neves (2018), Nunes e Gaspar (2014), Sepahvand et al. (2017), Pereira et al. (2017) e Pinho (2011).

Quanto à antiguidade na instituição, a maior parte dos EEER que fizeram parte desta amostra encontram-se a trabalhar no SESARAM-EPE, entre 5 e 25 anos, numa percentagem de 64,91% do total da amostra. Este intervalo de idades predominante na amostra é aproximado ao das amostras dos estudos de Jafari et al. (2015), Jones (2015), Karami et al. (2017), Lima et al. (2015), Miedaner et al. (2018), Nunes e Gaspar (2014), Nunes e Gaspar (2017), Sepahvand et al. (2017) e Silva (2011).

Passando agora à analisar os resultados obtidos relativamente à variável CO, constata-se que, a nível global, os EEER do SESARAM-EPE estão moderadamente comprometidos com a organização, obtendo um score global médio de CO de 4,5 numa escala de likert de 1 a 7. A componente afetiva foi aquela que obteve um score mais elevado atingindo uma média de 5,04, seguida da componente calculativa com 4,51 e da componente normativa com 3,95.

Analisando estes resultados à luz do preconizado por Meyer e Allen (1991) pode afirmar-se que os EEER do SESARAM, permanecem nesta instituição porque querem e estão comprometidos através de relações, essencialmente, de carácter emocional que lhes permitem a identificação e o envolvimento com a mesma.

A componente afetiva apresenta-se forte e consistente, o que se traduz por um apego emocional destes Enfermeiros que se identificam e se entregam à organização (Meyer & Allen, 1991). Por outro lado, a componente normativo apresenta-se frágil verificando-se um sentimento de fraca obrigação e dever moral para com a organização.

No estudo desenvolvido por Santos (2008), numa amostra constituída por 118 Enfermeiros em contexto hospitalar, os valores médios de CO foram de 4,10 para o componente afetiva, 3,88 para a calculativa e 3,13 para a normativa.

Nunes e Gaspar (2017), numa amostra de 408 Enfermeiros a trabalhar em Hospitais, obteve resultados superiores nomeadamente 4,12 no CO global, sendo 4,54 o valor da componente afetiva, 4,32 da calculativa e 3,51 da normativa.

A nível internacional, Jones (2015), numa amostra de 145 Enfermeiros afetos a unidades hospitalares nos Estados Unidos da América, obteve valores de CO global de 4,09, sendo a componente afetiva a mais cotada com 4,5, seguida da calculativa com 4,4 e da normativa com 3,37.

Karami et al. (2017), numa amostra de 230 Enfermeiros afetos a unidades hospitalares, tendo utilizado uma escala de likert de 5 pontos, obtiveram um valor global médio de 3,03, sendo a componente afetiva mais pontuada com 3,06, seguida pela componente normativa com 3,04 e pela componente calculativa com 2,99.

Ainda relativamente aos estudos realizados no estrangeiro, de destacar que o nível médio de CO global mais elevado foi obtido por Lima et al. (2015), num estudo com Enfermeiros no Brasil, e uma vez tendo utilizado uma escala de 0 a 100, obteve um score médio de 72,58%, que o autor atribui ao facto das instituições oferecerem aos colaboradores uma carreira estável e possibilidade de qualificação contínua. Por outro lado, o estudo onde se obteve menor score de CO global foi no realizado por Sepahvand et

al. (2017), na cidade de Khorramabad no Irão, onde os Enfermeiros revelaram um score médio de 3,64, numa escala do tipo likert de 1 a 7. O autor relaciona este score médio baixo com uma deficiente dotação de Enfermeiros, o aumento da pressão no trabalho, a falta de benefícios adequados e relacionamento pouco adequado com gerentes e médicos.

Com a exceção do estudo de Lima (2015) que não utilizou a escala de Meyer e Allen (1991), e do estudo de Sepahvand et al. (2017), onde a vertente calculativa foi a mais cotada, todas as pesquisas acima referidas apontam para que o CO afetivo seja preponderante, o que fica também demonstrado no resultado da presente investigação.

Por outro lado, a componente normativa, tal como no presente trabalho, revelou valores mais baixos na maioria dos estudos, o que segundo Santos (2008), pode estar relacionado com o insuficiente respeito e apoio da instituição para com os Enfermeiros, assim como com as escassas oportunidades de crescimento profissional concedidas, impossibilitando, desse modo, o desenvolvimento do potencial daqueles profissionais.

O facto de o CO calculativo revelar, neste estudo e na grande parte daqueles acima referidos, valor superior ao CO normativo pode estar relacionado com o contexto social e económico, existindo uma perceção geral da falta de empregos alternativos noutras organizações de saúde, forçando os Enfermeiros a permanecer nas suas organizações, (Nunes & Gaspar 2017).

Passando agora a analisar a relação dos níveis de CO com as variáveis de caracterização sociodemográfica, e começando pelos contextos da prática, verifica-se que os EEER das RRCCI, e do Hospital de Internamento Médico, obtiveram níveis de CO superior aos do Hospital Nélio Mendonça, resultados que vão de encontro aos obtidos por Miedaner et al. (2018), cujo estudo revelou menores níveis de CO em Enfermeiros de hospitais de maiores dimensões. Miedaner et al. (2018) justificam esta tendência pelo facto de considerar ser mais difícil os Enfermeiros se identificarem com a organização em hospitais maiores. Por outro lado, a evidência demonstra que a interação entre a equipa multidisciplinar, fenómeno que é mais difícil de acontecer em unidades de saúde maiores, relaciona-se positivamente com os níveis de CO, sendo, por isso, importante, unidades de saúde maiores fomentarem este tipo de relação de modo a fortalecer os laços pessoais, (Miedaner et al., 2018). Por outro lado, e independentemente da dimensão da organização, estudos comprovam que a ênfase dada pelos gestores na melhoria da qualidade dos cuidados, favorece os níveis de CO, sendo por este motivo importante consciencializar os gestores acerca desta influência, tendo nesta base mais um motivo para a implementação de políticas que objetivem a melhoria da qualidade de cuidados (Miedaner, et al., 2018).

A falta de recursos materiais assim como dotações de pessoal abaixo das necessárias constituem não só um risco para a segurança da prestação de cuidados como também um fator que pode gerar níveis baixos de CO (Labrague et al., 2018). As RRCCI, por possuírem melhores recursos materiais, com centros de promoção de autonomia devidamente equipados, assim como dotações de EEER adequados à demanda dos serviços, podem constituir fatores que estejam na base de níveis mais altos de CO nestas unidades, no entanto melhor evidência torna-se necessária.

No que se refere ao género o presente estudo revelou, embora com uma escassa diferença, que os homens apresentam maior nível de CO, resultado que vai de encontro ao obtido por Bexiga (2018), Mowaday (1982) e Neves (2018).

Silva (2011), citando Pittman e Blanchard, e Rogers, sustenta que os homens têm vindo a deixar de assumir o papel tradicional de responsáveis pelo sustento da família, partilhando esse papel com as mulheres, em contraciclo com o facto da divisão de tarefas no trabalho doméstico não estar a ocorrer com a mesma intensidade, constatando-se que o trabalho não pago continua a ser sistematicamente dividido de acordo com o género. Para os autores, este desequilíbrio pode estar na origem de níveis de CO mais baixo por parte do género feminino. Em relação a esta variável, de referir que em todos os estudos analisados na revisão de literatura efetuada, as percentagens de participantes do sexo feminino revelam-se, sempre, esmagadoramente superiores, o que vem comprovar o facto de a Enfermagem ser considerada uma profissão tradicionalmente feminina

No presente estudo, a diferença do número de participantes na amostra foi onde se obteve maior percentagem de elementos do sexo masculino quando comparamos com todos os estudos tidos em conta na revisão de literatura. No entanto, devemos ter em conta que a amostra foi constituída apenas por EEER, que, nas prerrogativas que lhes são concedidas nos termos das alíneas a, b e c, do n.º 1, do Artigo 4º do Regulamento das suas Competências Específicas, denota-se que tem a seu cargo um conjunto de intervenções que exigem uma preparação física adequada pelo esforço físico que muitas vezes é exigido ao Enfermeiro. Este facto pode justificar a maior prevalência de elementos do género masculino na amostra do presente estudo, o que pode estar na base de diferentes níveis de CO, sendo, contudo, necessária maior evidência nesta temática.

No que concerne à idade, a presente investigação revelou que são os Enfermeiros com mais idade aqueles que apresentam níveis de CO mais elevados. Este resultado é consistente com os obtidos por Bexiga, (2018), Ferreira (2005), Jafari et al. (2015), Karami et al. (2017), Labrague et al. (2018), Mathieu e Zajac (1990). Já no passado, Mathieu e

Zajac (1990) consideram que, no geral, esta tendência poderia ficar a dever-se a um vínculo emocional entre os Enfermeiros e a organização levando estes a sentirem-se identificados com os problemas da mesma. Também Meyer e Allen (1984) sugeriram que trabalhadores mais velhos estavam mais comprometidos por várias razões, incluindo a maior satisfação com os seus empregos e por ocuparem melhores posições a nível de hierarquia. Meyer e Allen (1991), defenderam ainda que colaboradores mais velhos têm experiências de trabalho mais positivas e que por esse motivo se encontram mais comprometidos. Ferreira (2005), sustentou que trabalhadores com mais idade podem considerar mais custos com a saída da organização, maiores dificuldades de adaptação a novo local de trabalho ou por questões pessoais e familiares. Allen e Meyer (1990), foram ainda da opinião que colaboradores mais velhos podem obter maiores níveis de CO por sentirem-se mais ligados à organização, pelo vencimento ou pela formação específica.

No respeitante aos níveis de CO por antiguidade, os resultados do presente estudo revelam que os funcionários que estão há mais tempo na instituição estão mais comprometidos. A este nível, os achados dos estudos de Bexiga (2018), Ferreira, (2005), Jafari et al. (2015), Karami et al. (2017), Labrague et al. (2018), Mathieu e Zajac (1990), Miedaner et al. (2018) e Sepahvand et al. (2017), são consistentes com os obtidos no presente estudo. Nascimento et al. (2008), concluíram que tal como a idade, também a antiguidade no local de trabalho influencia os níveis de CO dos colaboradores. Jafari et al. (2015) defendem que níveis mais elevados de CO estão associados a Enfermeiros com maior experiência profissional, devido ao facto de frequentemente possuírem posições mais consolidadas na instituição ou terem maiores probabilidades de virem a exercer cargos de gestão. Cohen & Lowenberg (1990), sustentam que a antiguidade pode influenciar, os níveis de CO, pois muitas vezes estão associados a idades mais avançadas que levam à existência de maiores problemáticas no momento da mudança de local de trabalho.

Relativamente ao estado civil, os achados deste estudo levam-nos a constatar que os viúvos são os que revelam maior nível de CO, resultados que se aproximam aos obtidos por Ferreira (2005), onde os viúvos juntamente com divorciados apresentavam maiores índices de CO. A este nível, constata-se falta de evidência que analise o efeito do estado civil nos níveis de CO. No entanto, Ferreira (2005) considerava que, neste particular, podem estar envolvidos fatores que se prendem com responsabilidades familiares, que podem passar pela necessidade de fixação de residência ou questões financeiras, o que

pode justificar índices mais elevados de CO nos Enfermeiros viúvos, pois são obrigados a ter que suportar sozinhos as despesas familiares.

Quanto ao grau académico verificou-se que os EEER com licenciatura são os mais comprometidos com a organização, resultado que é consistente com os obtidos por Jafari et al. (2015) e Mathieu e Zajac (1990). A falta de proporcionalidade entre o vencimento e o nível de formação pode estar na origem de níveis inferiores de CO em EEER com grau de Mestre ou Doutor, Jafari et al. (2015). Mathieu e Zajac (1990), citando Mowday et al. (1982), referem que a relação inversa entre grau de formação e nível de CO pode resultar do fato de que indivíduos mais formados possuam maiores expectativas que a organização pode não ser capaz de atender. Por outro lado, EEER com maior nível de formação têm ao seu dispor um maior número de opções de emprego o que os torna menos comprometidos com uma organização, Mathieu e Zajac, (1990).

No que respeita ao tipo de função exercida, verificamos que os EEER com cargos de gestão são os que apresentam maiores níveis de CO, resultado que vai de encontro ao obtido por Bexiga (2018), Jafari et al. (2015), Labrague et al. (2018), Miedaner et al. (2018) e Sepahvand et al. (2017) e ainda pela metanálise Mathieu e Zajac (1990). Labrague et al. (2018), associam os níveis de CO mais elevados nos Enfermeiros com cargos de gestão ao facto de ocuparem cargos hierarquicamente superiores, usufruindo, por essa razão, de compensações e remuneração mais elevadas, assim como de melhores oportunidades de progredir na carreira, e ainda pelo facto de serem convidados a participar na tomada de decisões da organização, à semelhança do que acontece com os EEER com o grau de Mestre.

A presente pesquisa revelou que EEER sem contrato efetivo de trabalho, embora representando apenas 2,26% da amostra, apresentam maiores níveis de CO. Este resultado é consistente com os obtidos por Bexiga (2018), Ferreira (2005), Karami et al. (2017) e Silva (2001), e pode ficar a dever-se ao facto de que estes profissionais “pretendem demonstrar que merecem fazer parte da organização, que aderem ao seu projeto e reconhecem os custos de a deixar.” (Ferreira, 2005), p. 249. Ainda no que respeita ao tipo de vínculo, é notória a diferença entre os que possuem CTFP e os com CITTI, sendo que estes segundos se revelam substancialmente menos comprometidos. Embora a evidência seja escassa a este nível, verificamos um diferencial entre as duas modalidades de contratação, nomeadamente a nível da remuneração que é mais baixa nos Enfermeiros com CITTI, assim como pela modalidade de descontos, na qual os com CITTI, sofrem de consideráveis penalizações por não poderem usufruir da ADSE, bem como por não terem

direito a todas as outras regalias que têm os trabalhadores da função pública em Portugal, aliado ao facto de, em contra ciclo, trabalharem para a mesma organização com igualdade de exigência em termos de carga horária, encargos e responsabilidades. No entanto torna-se necessário comprovar esta relação.

Com base nos resultados deste estudo pode também afirmar-se que os EEER do SESARAM com horário de trabalho fixo estão mais comprometidos com a organização, resultados que vão de encontro aos obtidos por Sepahvand et al. (2017). Problemas específicos relacionados ao facto de trabalhar nos turnos da tarde, noite e feriados, estão na base de níveis de comprometimento mais baixos nos Enfermeiros que trabalham por turnos rotativos (Sepahvand et al., 2017).

No que respeita à intenção de pedir transferência de serviço, analisando os achados do presente estudo, constata-se, em primeira instância, que há uma grande percentagem de casos omissos, 37,71%, o que não nos permite aferir com exatidão a pretensão dos Enfermeiros a este nível. No entanto, analisando o total de respostas obtidas, constatamos que os EEER que apresentam níveis mais baixos de CO demonstram uma maior vontade em pedir transferência de serviço, resultados que são consistentes com as pesquisas de, Bexiga (2018), Mathieu e Zajac (1990), Meyer e Allen (1991), Mowday Porter e Steers (1982), Neves (2018) e Porter, Steers e Boulian (1973).

Krestainiti e Prezerakos (2014), defendem que os Enfermeiros que estão mais comprometidos com a organização terão menor tendência para sair dela. Os mesmos autores sustentam que para uma organização é vital que o *turnover* seja reduzido já que os custos da saída são enormes pois “cada indivíduo que sai leva consigo o conhecimento e a experiência ganha, levando a organização a despende tempo e dinheiro na formação de outros Enfermeiros para a sua substituição” (p. 253). Desde há algumas décadas que Mathieu e Zajac (1990), defendem que a correlação existente entre CO e *turnover* é mediada por variáveis relacionadas com o ambiente de trabalho ou com o conteúdo do trabalho, o que influencia diretamente o laço afetivo dos colaboradores com a organização, assim como a obrigação ou necessidade de permanecer na mesma.

A evidência tem vindo a demonstrar a relação entre algumas características sociodemográficas e os níveis de CO. Por esse facto, não obstante a matriz descritiva deste estudo, considerou-se pertinente a análise correlacional da idade relativamente aos níveis de CO dos EEER do SESARAM. Assim, com recurso à correlação de *Spearman*, avaliou-se a relação entre a idade e o CO global, e verificou-se a ausência de uma correlação significativa ( $Rho=.099$ ,  $n=86$ ,  $p=.356$ ). Estes achados são consistentes com os obtidos por

Bexiga (2018), Nunes e Gaspar (2014), Jones (2015), Sepahvand et al. (2017), Karami et al. (2017), Mathieu e Zajac (1990), Meyer e Allen (1997), Meyer et al. (2002), sendo contrariados pelos estudos de Labrague et al. (2018) e Jafari et al. (2015). No entanto ao analisar a correlação entre a idade e cada uma das Componentes do CO, apenas na Componente Afetiva foi identificada uma correlação significativa, positiva e fraca, com idades mais avançadas associadas a scores mais elevados na Componente Afetiva do CO ( $Rho=.0214$ ,  $n=86$ ,  $p=.048$ ). Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Mathieu e Zajac (1990) que concluíram que a idade se relaciona com a Componente Afetiva do CO, sugerindo que os trabalhadores mais velhos obtêm uma maior satisfação no trabalho através de melhores posições hierárquicas e têm uma “justificação cognitiva” para a sua permanência na organização.

## **CONCLUSÃO**

A presente investigação foi parte integrante do projeto coletivo intitulado: “Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização”. Um projeto desenvolvido, no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação do 3º semestre, pelos mestrandos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria e Escola Superior de Enfermagem Montalvão Machado, tendo como Investigadora Principal a Professora Doutora Bruna de Gouveia.

Este trabalho visou descrever os níveis de CO, e das suas componentes afetiva, calculativa e normativa, dos EEER do SESARAM, bem como a relação existente entre os níveis de CO obtidos e as características sociodemográficas dos mesmos Enfermeiros.

O CO dos Enfermeiros bem como os seus fatores determinantes são aspetos que se consideram fundamentais conhecer atendendo ao seu papel nas organizações de saúde, bem como pelo facto da evidência ter vindo a demonstrar, ao longo dos anos, a implicação do CO no absentismo, *turnover*, pontualidade, comportamentos de cidadania, e no desempenho dos colaboradores, contribuindo assim para resultados organizacionais desejáveis.

Os Enfermeiros constituem uma das bases do sistema de saúde da região, assumindo um papel que se destaca pela assistência holística aos utentes, com grande impacto na qualidade dos cuidados bem como nos ganhos em saúde que se traduzem na eficiência e produtividade das organizações. Por esta razão, a organização necessita de Enfermeiros que permaneçam na instituição porque se identificam com ela e adotem os objetivos organizacionais como sendo seus, visando a sua concretização.

De acordo com o modelo que serviu de base para o presente estudo, colaboradores com forte comprometimento afetivo permanecem na organização porque querem, os que têm forte comprometimento calculativo porque precisam, e os que têm forte comprometimento normativo porque sentem que devem (Allen & Meyer, 1990, p. 3).

A relevância do estudo deste tema do ponto de vista das implicações para uma organização de saúde, assim como a inexistência de evidência a este nível decorrente de estudos prévios na região, quer com Enfermeiros no geral quer com EEER no particular,

constituíram pontos de partida para o desenvolvimento desta investigação, que teve um carácter descritivo, transversal e quantitativo.

A amostra foi constituída por 114 do total de 133 EEER a desempenhar funções no SESARAM, que se encontravam ao serviço no dia 5 de junho de 2019 data escolhida para o corte transversal do projeto global.

Dos resultados obtidos na análise dos dados sociodemográficos conclui-se que os EEER do SESARAM, na sua maioria, trabalham em unidades Hospitalares, são do género feminino, têm entre 30 e 50 anos de idade, trabalham na instituição entre 5 e 25 anos, são casados ou em união de facto, possuem o grau de licenciados, a sua função principal é a prestação de cuidados especializados, têm CTFP, possuem horário fixo e não pretendem mudar de serviço atualmente.

Os achados deste estudo permitem-nos concluir que os EEER do SESARAM, apresentaram CO moderado (média de 4,50), sendo que a dimensão afetiva foi a mais demonstrada (5,04), seguida da calculativa (4,51) e da normativa (3,95). Com base nestes números podemos afirmar que os Enfermeiros permanecem na organização porque se identificam e gostam de pertencer à mesma, e só depois é que se mantêm porque precisam, seja por falta de alternativas ou pela quantidade de investimentos já feitos na organização. Por último, os Enfermeiros permanecem porque sentem um dever de obrigação em relação à organização.

Os resultados deste trabalho levam-nos a concluir que, tendo em conta os contextos da prática os EEER das RRCCI e do Hospital de Internamento Médico, são aqueles que apresentam maiores taxas de CO, ambas com 100%. Relativamente ao género os participantes masculinos apresentam uma taxa de CO superior, embora com uma diferença estatisticamente pouco significativa. Quanto à idade e antiguidade verificamos que os Enfermeiros mais velhos e a trabalhar há mais tempo na instituição são os mais comprometidos. No que diz respeito ao estado civil os EEER viúvos foram os que demonstraram maiores níveis de CO, sendo que no que concerne ao nível de formação são os que detém o grau de Licenciados os mais comprometidos. Os EEER com maiores níveis de CO são os que exercem simultaneamente funções de gestão e de prestação de cuidados especializados. No que ao tipo de vínculo diz respeito, conclui-se que são os EEER que detém outro tipo de vínculos que não seja efetivo, os que apresentam maiores níveis de CO, no entanto de entre os que têm um vínculo efetivo, os EEER com CTFP revelam-se claramente mais comprometidos do que os CITTI. No que respeita ao tipo de horário, são os EEER com horário fixo os que apresentam maiores níveis de CO. Por fim, relativamente

à intenção de mudar de serviço, conclui-se que existe uma percentagem considerável de EEER que pretendem solicitar mudança de serviço, sendo que nestes casos os níveis de CO são significativamente inferiores.

A evidência tem vindo a demonstrar a influência de algumas características sociodemográficas nos níveis de CO. Como tal, e não obstante a base essencialmente descritiva do presente estudo, considerou-se pertinente a análise correlacional da idade relativamente aos níveis de CO dos Enfermeiros. Assim, com recurso à correlação de *Spearman*, avaliou-se a relação entre a idade e o CO global, e verificou-se a ausência de uma correlação significativa ( $Rho=.099$ ,  $n=86$ ,  $p=.356$ ). No entanto ao analisar a relação entre a idade e cada uma das componentes do CO, apenas na componente afetiva foi identificada uma correlação significativa, positiva e fraca, com idades mais avançadas associadas a scores mais elevados na componente afetiva do CO ( $Rho=.0214$ ,  $n=86$ ,  $p=.048$ ).

Após a síntese dos principais resultados, interessa refletir acerca de outros fatores de interesse decorrentes da realização deste estudo, nomeadamente as limitações e as implicações para a prática.

A todo o processo de investigação estão inerentes determinadas limitações, que ao mesmo tempo que constituem obstáculos à obtenção de melhor evidência, uma vez identificadas constituem base fundamental para a melhoria contínua.

Em primeira instância o facto deste estudo ser aplicado apenas a EEER, embora a amostra represente a população de Enfermeiros com aquela especialidade, não é representativa da globalidade dos Enfermeiros do SESARAM, facto que pode ter influenciado os resultados assim como não nos confere a oportunidade de os generalizar a todos os Enfermeiros desta instituição. Considera-se que o alargamento deste estudo a todos os Enfermeiros, tornaria o trabalho mais completo e revestido de maior poder representativo do nível CO da classe, sendo então capaz de fornecer dados mais consistentes a ter em conta pelos superiores hierárquicos na hora da tomada de decisões, e sinalizo, por essa razão, como uma das principais recomendações para futuras pesquisas.

Constituiu também limitação ao presente estudo o facto de não ter sido encontrado qualquer estudo deste género apenas com EEER, o que nos obrigou a recorrer a resultados de estudos feitos com Enfermeiros no geral como termo de comparação.

Tal como já referido, a evidência tem vindo a comprovar que o CO é influenciado por vários fatores sociodemográficos. Considerando as implicações na prática de baixo níveis de CO, em especial nas organizações de Saúde, julga-se pertinente, em

investigações futuras, fazer mais estudos no âmbito desta temática não só para comprovar os resultados obtidos, bem como para estudar o impacto das outras variáveis de caracterização nos níveis de CO dos EEER da RAM.

Por outro lado, a evidência tem também comprovado que os níveis de CO acarretam consequências para os colaboradores e organizações, assim seria interessante apurar a influência dos níveis de CO sobre o desempenho profissional, desempenho em equipa, absentismo, intenção de abandonar a organização e profissão e comportamentos de cidadania organizacional dos Enfermeiros do SESARAM.

No que toca a implicações para a prática, os resultados deste estudo permitem aos superiores hierárquicos dos EEER do SESARAM, obterem dados concretos acerca dos níveis de CO destes Enfermeiros, assim como esses níveis surgem de acordo com diferentes variáveis de caracterização.

Espera-se que os achados da presente investigação, pioneira na região, acrescente contributos no sentido da melhoria da qualidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação em particular, nomeadamente no apoio à tomada de decisões dos gestores do SESARAM que vise estes profissionais. Espera-se ainda que por esta via, os superiores hierárquicos sejam convidados a refletir sobre a influência do CO dos seus colaboradores na eficiência da prestação de cuidados, assim como no impacto significativo das suas determinantes e consequências nos ganhos em saúde tanto para os clientes como para a organização.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). Organizational Socialization Tactics: A Longitudinal Analysis of Links to Newcomers' Commitment and Role Orientation. *Academy of Management Journal*, 33(4), 847–858. Doi: 10.5465/256294
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63(1), 1–18. Doi: 10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x
- Alutto, J. A., Hrebimak, L. G., & Alonso, R. C. (1973). On operationalizing the concept of commitment. *Social Forces*, 5 (4), 448-454. <https://doi.org/10.1093/sf/51.4.448>
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6<sup>th</sup> ed). Washington, DC: Author
- Angle, H. L., & Perry, J. L. (1981). An Empirical Assessment of Organizational Commitment and Organizational Effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, 26(1), 1-14. Doi: 10.2307/2392596
- Aranya, N., & Jacobson, D. (1975). An Empirical Study of Theories of Organizational and Occupational Commitment. *The Journal of Social Psychology*, 97(1), 15–22. Doi: 10.1080/00224545.1975.9923308
- Baird, K., Tung M., & Yu Y. (2017). Employee organizational commitment and hospital performance. *Health Care Management Review*, 44(3), 206-215. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000181>
- Bandeira, M. L., Marques, A. L., & Veiga, R. T. (2000). As dimensões múltiplas do comprometimento organizacional: um estudo na ECT/MG. *Revista de Administração Contemporânea*, 4(2), 133–157. Doi: 10.1590/s1415-65552000000200008
- Bastos, A. V. (1994). *Comprometimento no Trabalho: a estrutura dos vínculos do trabalhador com a organização, a carreira e o sindicato* (Tese de Doutoramento,

- Instituto de Psicologia). Retrieved from <https://www.ead.fea.usp.br/semead/8semead/resultado/trabalhosPDF/38.pdf>
- Becker, H. S. (1960). Notes on the Concept of Commitment. *American Journal of Sociology*, 66(1), 32–40. Doi: 10.1086/222820
- Bexiga, E. S. J. (2018). *O comprometimento organizacional e os comportamentos de cidadania organizacional dos enfermeiros de um hospital privado* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29485/1/Disserta%20Mestrado%20Gest.pdf>
- Brooke, P. P., Russell, D. W., & Price, J. L. (1988). Discriminant validation of measures of job satisfaction, job involvement, and organizational commitment. *Journal of Applied Psychology*, 73(2), 139–145. Doi: 10.1037/0021-9010.73.2.139
- Camelo S. H. H. (2009). Políticas de recursos humanos: sistema único de saúde, bases legais e implicações para a enfermagem. *Revista de enfermagem Universidade do Estado de Rio de Janeiro*, 17(4), 589-594. Retrieved from <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/bde-18028>
- Chen, Z. X., & Francesco, A. M. (2003). The relationship between the three components of commitment and employee performance in China. *Journal of Vocational Behavior*, 62(3), 490–510. Doi: 10.1016/s0001-8791(02)00064-7
- Church, C. D., He, Z., & Yarbrough, S. (2018). Factors Influencing Organizational Commitment and Turnover in Nurse Residents. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(10), 482-488. Doi: 10.3928/00220124-20180918-09
- Cohen, A., & Lowenberg, G. (1990). A Re-examination of the Side-Bet Theory as Applied to Organizational Commitment: A Meta-Analysis. *Human Relations*, 43(10), 1015–1050. Doi: 10.1177/001872679004301005
- Cordeiro, J. (2014). *Comprometimento organizacional: O caso dos docentes de uma instituição de ensino superior*. In XXIV Jornadas Luso-Espanholas de Gestão Científica, Escola Superior de Tecnologia e Gestão - Instituto Politécnico de Leiria. Repositório Comum. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/5711>

- Dunham, R. B., Grube, J. A., & Castañeda, M. B. (1994). Organizational commitment: The utility of an integrative definition. *Journal of Applied Psychology*, 79(3), 370–380. Doi: 10.1037/0021-9010.79.3.370
- Farrel, D., & Rusbult, C. E. (1981). Exchange variables as predictors of job satisfaction, job commitment, and turnover: the impact of rewards, costs, alternatives, and investments. *Organizational behavior and human performance*, 28(1), 78-95. Doi: 10.1016/0030-5073(81)90016-7
- Ferreira, M. M. F. (2005). *Empenhamento organizacional de profissionais de saúde em hospitais com diferentes modelos de gestão* (Tese de doutoramento, Universidade do Minho – Escola de Economia e Gestão). Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/4383>
- Franco, M., & Franco, S. (2017). Organizational commitment in family SMEs and its influence on contextual performance. *Team Performance Management: An International Journal*, 23(7/8), 364–384. Doi: 10.1108/tpm-05-2016-0020
- Freitas, M. (2015). *Dotação segura para a prática de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde* (Tese de doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/20702>
- Gabrani, A., Hoxha, A., Gabrani, J., Petrela, E., Zaimi, E., & Avdullari, E. (2016). Perceived organizational commitment and job satisfaction among nurses in Albanian public hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Healthcare Management*, 9(2), 110–118. Doi: 10.1179/2047971915y.0000000019
- Glisson, C., & Durick, M. (1988). Predictors of Job Satisfaction and Organizational Commitment in Human Service Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 33(1), 61-68. Doi: 10.2307/2392855
- Goh, C. Y., & Marimuthu, M. (2016). The path towards healthcare sustainability: The role of organizational commitment. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 224, 587–592. Doi: 10.1016/j.sbspro.2016.05.445

- Goulet, L. R., & Frank, M. L. (2002). Organizational Commitment across Three Sectors: Public, Non-profit, and For-profit. *Public Personnel Management, 31*(2), 201–210. Doi: 10.1177/009102600203100206
- Gupta, V., Agarwal, U. A., & Khatri, N. (2016). The relationships between perceived organizational support, affective commitment, psychological contract breach, organizational citizenship behaviour and work engagement. *Journal of Advanced Nursing, 72*(11), 2806–2817. Doi: 10.1111/jan.13043
- Hall, D. T., & Schneider, B. (1972). Correlates of organizational identification as a function of career pattern and organizational type. *Academy of Management Proceedings, 1972*(1), 159–161. Doi: 10.5465/ambpp.1972.4981421
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H. K.S., North N., & Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies, 43*(2), 237–263. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007
- Hrebiniak, L. G., & Alutto, J. A. (1972). Personal and Role-Related Factors in the Development of Organizational Commitment. *Administrative Science Quarterly, 17*(4), 555–573. Doi: 10.2307/2393833
- Hunt, S. D., & Morgan R. M. (1994). Organizational commitment: one of many commitments or key mediating construct?. *Academy of Management Journal, 37*(6), 1568-1587. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/256799> .
- Intepeler, S. S., Esrefgil, G., Yilmazmis, F., Bengu, N., Dinc, N. G., Ileri, S., Ataman, Z., & Dirik, H. F. (2019). Role of job satisfaction and work environment on the organizational commitment of nurses: A cross-sectional study. *Contemporary Nurse, 55*(4/5), 380-390. Doi: 10.1080/10376178.2019.1673668
- Jafari, S., Afshin, T., Jafari, K., Barzegar, M., (2015). Evaluation of organizational commitment among nurses in intensive care units. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences, 2*(3), 38-43. Retrieved from [http://jnms.mazums.ac.ir/files/site1/user\\_files\\_d258bd/telehealth-A-10-422-16-1a48868.pdf](http://jnms.mazums.ac.ir/files/site1/user_files_d258bd/telehealth-A-10-422-16-1a48868.pdf)

- Jaros, S. (2007). Measurement issues in the Meyer and Allen model of organizational commitment. *ICFAI Journal of Organizational Behavior*, 6(4), 7–25. Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Stephen\\_Jaros/publication/228467099\\_Meyer\\_and\\_Allen\\_Model\\_of\\_Organizational\\_Commitment\\_Measurement\\_Issues/links/552e5d8d0cf2d4950717e471/Meyer-and-Allen-Model-of-Organizational-Commitment-Measurement-Issues.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Stephen_Jaros/publication/228467099_Meyer_and_Allen_Model_of_Organizational_Commitment_Measurement_Issues/links/552e5d8d0cf2d4950717e471/Meyer-and-Allen-Model-of-Organizational-Commitment-Measurement-Issues.pdf)
- Jones, A. (2015). Organisational commitment in nurses: Is it dependent on age or education? *Nursing Management*, 21(9), 29-36. Doi: 10.7748/nm.21.9.29.e1298
- Junior, J. C. & Albuquerque, L. G. (2002). Comprometimento organizacional: uma abordagem holística e simultânea dos determinantes envolvidos no processo. *Revista de Administração Mackenzie*, 3(2), 13-38. Retrieved from <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/RAM/article/view/26>
- Kang, D., Stewart, J., & Kim, H. (2011). The effects of perceived external prestige, ethical organizational climate, and leader-member exchange (LMX) quality on employees' commitments and their subsequent attitudes. *Personnel Review*, 40(6), 761–784. Doi: 10.1108/00483481111169670
- Karami, A., Farokhzadian, J., & Foroughameri, G. (2017). Nurses' professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management? *PLOS ONE*, 12(11), 1-15. Doi: 10.1371/journal.pone.0187863
- Kim, K. J. (1986). *An empirical study on the turnover decision process* (Unpublished master's thesis). Seoul: Korea University
- Kim, Y. I., Geun, H. G., Choi, S., & Lee, Y. S. (2016). The Impact of Organizational Commitment and Nursing Organizational Culture on Job Satisfaction in Korean American Registered Nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(6), 590–597. Doi: 10.1177/1043659616666326
- Koch, J. L. & Steers, R. M. (1978). Job attachment, satisfaction, and turnover among public sector employees. *Journal of Vocational Behavior*, 12(1), 119-128. Doi: 10.1016/0001-8791(78)90013-1

- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Tsaras, K., Cruz, J. P., Colet, P. C., & Gloe, D. S. (2018). Perceptions of organizational commitment and turnover intention among rural nurses in the Philippines: Implications for nursing management. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 403-408. Doi: 10.1016/j.ijnss.2018.09.001
- Lima, M., Costa, V., Lopes, L., Balsan, L., Santos, A., & Tomazzoni, G. (2015). Níveis de comprometimento e entrenchamento com a carreira, de enfermeiros de hospitais públicos e privados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1033-1040. Doi: 10.1590/0104-1169.0211.2646
- Loi, R., Hang-Yue, N., & Foley, S. (2006). Linking employees' justice perceptions to organizational commitment and intention to leave: The mediating role of perceived organizational support. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79(1), 101–120. Doi: 10.1348/096317905x39657
- Marsh, R. M., & Mannari, H. (1977). Organizational commitment and turnover: A prediction study. *Administrative Science Quarterly*, 22(1), 57-75. Doi: 10.2307/2391746
- Mathieu, J. E., & Farr, J. L. (1991). Further evidence for the discriminant validity of measures of organizational commitment, job involvement, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 76(1), 127-133. Doi: 10.1037/0021-9010.76.1.127
- Mathieu, J. E., & Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108(2), 171–194. Doi: 10.1037/0033-2909.108.2.171
- McNeese-Smith, D. (1995). Job satisfaction, productivity, and organizational commitment. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 25(9), 17–26. Doi: 10.1097/00005110-199509000-00006
- Meyer, J. P. (2009). Commitment in a change world of work. In T. E. Becker, H. J. Klein, & J. P. Meyer. *Commitment in organizations: Accumulated wisdom and new directions* (pp. 37-68). New York: Routledge Taylor & Francis Group.

- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1984). Testing the “side-bet theory” of organizational commitment: Some methodological considerations. *Journal of Applied Psychology*, 69(3), 372–378. Doi: 10.1037/0021-9010.69.3.372
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-69. Doi: 10.1016/1053-4822(91)90011-z
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1997). *Commitment in the workplace: Theory, research and application*. California: Sage Publications.
- Meyer, J. P., & Herscovitch, L. (2001). Commitment in the workplace: Toward a general model. *Human Resource Management Review*, 11(3), 299–326. Doi: 10.1016/s1053-4822(00)00053-x
- Meyer, J. P., & Smith, C. A. (2009). HRM practices and organizational commitment: test of a mediation model. *Canadian Journal of Administrative Sciences / Revue Canadienne Des Sciences de l'Administration*, 17(4), 319–331. Doi: 10.1111/j.1936-4490.2000.tb00231.x
- Meyer, J. P., Allen, N. J., & Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78(4), 538–551. Doi: 10.1037/0021-9010.78.4.538
- Meyer, J. P., Becker, T. E., & Vandenberghe, C. (2004). Employee Commitment and Motivation: A Conceptual Analysis and Integrative Model. *Journal of Applied Psychology*, 89(6), 991–1007. Doi: 10.1037/0021-9010.89.6.991
- Meyer, J. P., Paunonen, S. V., Gellatly, I. R., Goffin, R. D., & Jackson, D. N. (1989). Organizational commitment and job performance: It's the nature of the commitment that counts. *Journal of Applied Psychology*, 74(1), 152–156. Doi: 10.1037/0021-9010.74.1.152
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 61(1), 20–52. Doi: 10.1006/jvbe.2001.1842

- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Jackson, T. A., McInnis, K. J., Maltin, E. R., & Sheppard, L. (2012). Affective, normative, and continuance commitment levels across cultures: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 80(2), 225–245. Doi: 10.1016/j.jvb.2011.09.005
- Merriam- Webster's. *Collegiate Dictionary*, Tenth Edition. (1999). Springfield, MA: Author.
- Miedaner, F., Kuntz, L., Enke, C., Roth, B., & Nitzsche, A. (2018). Exploring the differential impact of individual and organizational factors on organizational commitment of physicians and nurses. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-13. Doi: 10.1186/s12913-018-2977-1.
- Morrow, P. C. (1983). Concept Redundancy in Organizational Research: The Case of Work Commitment. *Academy of Management Review*, 8(3), 486–500. Doi: 10.5465/amr.1983.4284606
- Mottaz, C. J. (1988). Determinants of Organizational Commitment. *Human Relations*, 41(6), 467–482. Doi: 10.1177/001872678804100604
- Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. M. (1982). *Employee-organization linkages the psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic Press.
- Mowday, R. T., Steers, R. M., & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14(2), 224–247. Doi: 10.1016/0001-8791(79)90072-1
- Naghneh, M. H. K., Tafreshi, M. Z., Naderi, M., Shakeri, N., Bolourchifard, F., & Goyaghaj, N. S. (2017). The relationship between organizational commitment and nursing care behavior. *Electronic Physician*, 9(7), 4835-4840. Doi: 10.19082/4835
- Nascimento J.L., Lopes A., & Salgueiro M.F. (2008). Estudo sobre a validação do “Modelo de Comportamento Organizacional” de Meyer e Allen para o contexto português. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 14(1), 115-133. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/cog/v14n1/v14n1a08.pdf>

- Neves T., Graveto J., Rodrigues V., Marôco J., & Parreira P., (2018). Organizational commitment, psychometric qualities and invariance of the Meyer and Allen Questionnaire for Portuguese Nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(e3021), 1-11. Doi: 10.1590/1518-8345.2407.3021
- Neves, M. (2018). Análise da correlação entre a satisfação no trabalho e o comprometimento organizacional: estudo com os enfermeiros da pediatria do hospital geral de Luanda. *Revista de Ciências Sociais, Humanas e Engenharias*, 3 (2), 96-125.  
<http://publicacoes.uor.ed.ao/index.php/sapientiae/article/view/136/105>
- Nunes E. M. G. T., & Gaspar M. F. M. (2014). Meyer and Allen's Organizational Behavior Model: Study with Nurses. *Pensar Enfermagem*, 18(1), 14-26. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/23815>
- Nunes, E. M. G. T., & Gaspar, M. F. M. (2017). A qualidade da relação líder-membro e o empenhamento organizacional dos enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, 51(e03263), 1-6. Doi: 10.1590/s1980-220x2016047003263
- Orgambídez, A., & Almeida, H. (2018). Predictors of organizational commitment in nursing: Results from Portugal. *Investigación y Educación En Enfermería*, 36(1). Doi: 10.17533/udea.iee.v36n1e14
- Pereira, I., Veloso, A., Silva, I. S., & Costa, P. (2017). Compromisso organizacional e satisfação laboral: um estudo exploratório em unidades de saúde familiar portuguesas. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(4), 1-12. Doi: 10.1590/0102-311x00153914
- Pinho, P. (2011). *A Influência do Empenhamento Organizacional e Profissional dos Enfermeiros nas Estratégias de Resolução de Conflitos* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8866/1/Tese.pdf>.
- Porter, L. W., Steers, R. M., Mowday, R. T., & Boulian, P. V. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59(5), 603–609. Doi: 10.1037/h0037335

- Porto Editora. (2020). *Comprometimento*. Retrieved from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/comprometimento>
- PORTUGAL. Assembleia da República. (16 set 2015). Lei nº 156/2015. *Diário da República nº 181, 1ª Série*.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (26 out 1998). Lei nº 67/98: Lei da Protecção de Dados Pessoais. *Diário da República nº 247, I Série A*.
- Purcell, T (1954). *The worker speaks his mind on company and union*. Cambridge: Harvard University Press.
- Randall, D. M. (1987). Commitment and the organization: The organization man revisited. *The Academy of Management Review*, 12(3), 460-471. Doi: 10.2307/258513
- Rego, A. (1999). Justiça organizacional: Entre a adolescência e a maturidade. In M. P. Cunha (Org.). *Teoria organizacional: Perspectivas e prospectivas* (pp. 165-224). Alfragide: Leya Publicações D. Quixote.
- Rego, A. (2003). Comprometimento organizacional e ausência psicológica: Afinal, quantas dimensões?. *Revista de Administração de Empresas*, 43(4), 25–35. Doi: 10.1590/s0034-75902003000400003
- Rego, A., & Souto, S. (2004). Comprometimento organizacional em organizações autênticas: Um estudo luso-brasileiro. *Revista de Administração de Empresas*, 44(3), 30–43. Doi: 10.1590/s0034-75902004000300004
- Rego, A., Carvalho, M. T., Leite, R., Freire, C. & Vieira, A. (2004). Empenho(s) organizacional(is): Dois laços afectivos, dois instrumentais, um normativo e um de ausência. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 10(2), 207-226. Retrieved from <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4781/1/COG%2C%2010%282%29%2C%20207-226.pdf>
- Reichers, A. E. (1986). Conflict and organizational commitments. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 508–514. Doi: 10.1037/0021-9010.71.3.508

- Reichers, A.E., (1985). A review and reconceptualization of organizational commitment. *Academy of Management Review*, 10(3), 465-476. Doi: 10.5465/amr.1985.4278960
- Santos, A., Chambel, M. J., & Castanheira, F. (2015). Relational job characteristics and nurses' affective organizational commitment: the mediating role of work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 294–305. Doi: 10.1111/jan.12834
- Santos, D. (2008). *A influência do empenhamento organizacional e profissional dos enfermeiros nas estratégias de resolução de conflito* (Dissertação de Mestrado, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa). Retrieved from [www:http://hdl.handle.net/10071/1001](http://hdl.handle.net/10071/1001)
- Saxena, S. & Saxena, R. (2015). Impact of job involvement and organizational commitment on organizational citizenship behavior. *International Journal of Management and Business Research*, 5(1), 19-30. Retrieved from [http://ijmbr.srbiau.ac.ir/m/article\\_5688\\_c45e615c26755b86fd7bc00037adaae2.pdf](http://ijmbr.srbiau.ac.ir/m/article_5688_c45e615c26755b86fd7bc00037adaae2.pdf)
- Sepahvand, F., Atashzadeh-Shoorideh, F., Parvizy, S., Tafreshi, M. (2017). The relationship between some demographic characteristics and organizational commitment of nurses working in the Social Security Hospital of Khorramabad. *Electronic Physician*, 9(6), 4503-4509. Doi: 10.19082/4503
- Shagholi, R., Zabihi, M. R., Atefi, M., & Moayedi, F. (2011). The consequences of organizational commitment in education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 15, 246–250. Doi: 10.1016/j.sbspro.2011.03.081
- Sheikh, L. (2017). Antecedents and consequences of organizational commitment of teachers: case of university of the punjab. *Pakistan economic and social review*, 55(2), 391-414. Retrieved from [pu.edu.pk/images/journal/pesr/PDF-FILES/4-v55\\_2\\_17.pdf](http://pu.edu.pk/images/journal/pesr/PDF-FILES/4-v55_2_17.pdf)
- Shore, L. M., & Martin, H. J. (1989). Job Satisfaction and Organizational Commitment in Relation to Work Performance and Turnover Intentions. *Human Relations*, 42(7), 625–638. Doi: 10.1177/001872678904200705

- Siew P. L., Chitpakdee B., & Chontawan R. (2011). Factors Predicting Organizational Commitment among Nurses in State Hospitals, Malaysia. *IJUM Medical Journal Malaysia*, 10(2), 21-28. Retrieved from <https://journals.iium.edu.my/kom/index.php/imjm/article/view/678>
- Silva, I. C. L. (2011). *Empenhamento organizacional dos enfermeiros do Centro Hospitalar do Médio Tejo* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia - Universidade de Coimbra). Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23242/1/Isilda%20Silva%20Empenhamento%20Organizacional%20dos%20enfermeiros%20do%20CHMT%20MestradoGES%202011.pdf>
- Simon, M., Müller, B. H., & Hasselhorn, H. M. (2010). Leaving the organization or the profession: A multilevel analysis of nurses' intentions. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 616–626. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05204.x
- Sisodia, S., & Das, I. (2013). Effect of job autonomy upon organizational commitment of employees at different hierarchical level. *Psychological Thought*, 6(2), 241-251. Doi: 10.5964/psyc.v6i2.65
- Smith, T. D. (2019). Examination of safety climate, affective organizational commitment, and safety behavior outcomes among fire service personnel. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1–4. Doi: 10.1017/dmp.2019.117
- Sommer, S. M., Bae, S.-H., & Luthans, F. (1996). Organizational commitment across cultures: The impact of antecedents on korean employees. *Human Relations*, 49(7), 977–993. Doi: 10.1177/001872679604900705
- Stagner, R. (1956). *Psychology of industrial conflict*. New York: Jhon Wiley & Sons.
- Steers, R. (1977). Antecedents and outcomes of organizational commitment *Administrative Science Quarterly*, 22(1), 46-56. Doi: 10.2307/2391745
- Stevens, J. M., Beyer, J. M., & Trice, H. M. (1978). Assessing personal, role, and organizational predictors of managerial commitment. *Academy of Management Journal*, 21(3), 380–396. Doi: 10.5465/255721

- Tarigan V., & Ariani D. (2015). Empirical study relations job satisfaction, organizational commitment, and turnover intention. *Advances in Management & Applied Economics*, 5(2), 21-42. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/7172/c8b75a4ad0fbc2b589ef62b80ac52ea15e81.pdf>.
- Vagharseyyedin, S. (2016). An integrative review of literature on determinants of nurses' organizational commitment. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(2), 107–117. Doi: 10.4103/1735-9066.178224.
- Wiener, Y. (1982). Commitment in organizations: A normative view. *Academy of Management Review*, 7(3), 418–428. Doi: 10.5465/amr.1982.4285349
- Wiener, Y., & Vardi, Y. (1980). Relationships between job, organization, and career commitments and work outcomes: An integrative approach. *Organizational Behavior and Human Performance*, 26(1), 81–96. Doi: 10.1016/0030-5073(80)90048-3
- Wong, C. A., & Laschinger, S. H. K. (2015). The influence of frontline manager job strain on burnout, commitment and turnover intention: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1824–1833. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.09.006
- Zangaro, G. A. (2001). Organizational commitment: A Concept analysis. *Nursing Forum*, 36(2), 14–21. Doi: 10.1111/j.1744-6198.2001.tb01179.x
- Zeffane, R. (1994). Patterns of organizational commitment and perceived management style: A comparison of public and private sector employees. *Human Relations*, 47(8), 977–1010. Doi: 10.1177/001872679404700806





## **ANEXOS**



# ANEXO A1 – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DA ESCALA



Nélio Câmara <neliorodrigues1981@gmail.com>

---

## Authorization to apply Organizational commitment scale

John Peter Meyer <meyer@uwo.ca>

12 de abril de 2019 às 14:00

Para: Nélio Câmara <neliorodrigues1981@gmail.com>

Hello,

You can get the commitment measure and permission to use it for academic research purposes from <http://employeecommitment.com>. Once you register to use the measure you will receive a User's Guide that describes how the measures are to be used. I hope all goes well with your research.

Best regards,

John Meyer



Dr. John Meyer

Department of Psychology

Rm 8411, Social Science Centre

Western University

London, Ontario, Canada

N6A 5C2

Phone: (519) 861-3679

Fax: (519) 861-3961

Email: [meyer@uwo.ca](mailto:meyer@uwo.ca)

[Citação ocultada]

# ANEXO A2- AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DA TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA



Nélio Câmara <neliorodrigues1981@gmail.com>

## Autorização para utilização de escala

jlnascimento@mail.telepac.pt <jlnascimento@mail.telepac.pt>  
Para: Nélio Câmara <neliorodrigues1981@gmail.com>

16 de abril de 2019 às 00:01

Caro Nélio Rodrigues,

Não há qualquer problema na utilização da escala de Meyer e Allen validada para Portugal.

Junto em anexo a escala em word, bem como o artigo referente a esta validação

Sinta-se à vontade para me contactar se tiver alguma questão ou se necessitar de alguma documentação

Boa sorte para o seu trabalho,

Cumprimentos


José Luís Nascimento

Citando Nélio Câmara <neliorodrigues1981@gmail.com>:

[Citação ocultada]

---

2 anexos

 Quest\_Compr-Org\_Meyer & Allen\_1997.doc  
73K

 Nascimento\_2008\_Estudo Validacao Comprometimento Organizacional\_Art.pdf  
1312K

## ANEXO B – DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



### Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um Estudo de Caracterização

Grupo de Investigadores: Mestrandos de Enfermagem de Reabilitação 2018-2019

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Contacto telefónico: 291 743 444

E-mail: turma.mer2018@gmail.com; bgouveia@esesjcluny.pt

### Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_, fui informado de que o estudo de investigação *Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização* tem por objetivo de descrever as características da Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira.

Tomei conhecimento das avaliações a que me submeterei, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Li (ou foi-me lida) a informação mencionada na Folha de Informação ao Participante. Entendo o significado desta informação e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas.

Assim, estando informado(a) e compreendendo os termos de participação, eu aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e consinto no uso e divulgação dos resultados obtidos da informação anonimizada recolhida, no contexto académico e científico.

Afirmo que tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo e que ficará em minha posse um documento assinado pelo investigador.

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Participante: Cliente de Enfermagem de Reabilitação

## ANEXO C – FOLHA DE INFORMAÇÃO AO EEER



### **Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização**

Grupo de Investigadores: Mestrados de enfermagem de Reabilitação 2018-2019

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Contactos telefónico:

E-mail: turma.mer2018@gmail.com

### **Folha de Informação ao Enfermeiro de Reabilitação**

Foi-lhe pedido para participar num estudo de investigação na área da Enfermagem de Reabilitação desenvolvido no âmbito de um Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

A sua participação neste projeto significa que: a informação sobre os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do SESARAM, será alvo de recolha e análise.

#### **Qual é o Objetivo deste Estudo?**

Esta pesquisa tem como objetivo descrever as diferentes variáveis associadas à enfermagem de reabilitação na RAM, no âmbito do prestador de cuidados, visto não haver estudos de investigação na RAM que procedam à caracterização dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Assim, pretendemos estudar variáveis relativas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, prestador de cuidados no SESARAM, como: a satisfação profissional, o comprometimento organizacional, níveis de qualidade de vida e atividade física, qualidade de cuidados, lesões músculo-esqueléticas, dor e Work engagement.

#### **O que é que este estudo envolve?**

Este estudo envolve pesquisa prévia a nível teórico como consulta de outros estudos de investigação com escalas aplicadas em outras regiões de forma a poder direcionar a nossa investigação sem erros nem desperdícios e com mais valias para o conhecimento.

#### **Onde decorrerão as atividades deste estudo?**

Decorrerão nos Hospitais, Centro de Saúde e Unidades de Internamento de média e de longa duração pertencentes ao SESARAM, onde existam enfermeiros de reabilitação a desempenhar funções.



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**

**A quem é pedido para participar?**

Foi-lhe pedido para participar neste estudo porque é Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação prestador de cuidados no SESARAM.

A pesquisa envolverá todos os EEER do SESARAM;

**Existem risco nesta participação?**

Não. Não se prevê que a inclusão neste estudo acrescente risco para a sua saúde.

**Existem benefícios por participar?**

Futuramente, a informação obtida neste estudo irá beneficiar todos os EEER do SESARAM, permitindo:

- a) o delineamento de políticas de saúde mais assertivas face a estes profissionais;
- b) a consciencialização dos próprios profissionais acerca dos riscos que correm do âmbito do desempenho das suas funções nomeadamente as lesões mais frequentes e a dor;
- c) a consciencialização dos níveis de satisfação profissional, de qualidade de vida e Work engagement.

**Quem terá acesso à minha informação?**

Não será utilizado o seu nome em nenhum relatório, mas sim um número de identificação atribuído a cada participante por ordem de inscrição.

Os dados de identificação dos participantes serão apenas do conhecimento do investigador responsável e do participante, sendo esta informação destruída após a conclusão do estudo e o encaminhamento dos participantes para os recursos de saúde necessários.

A sua informação pessoal será sempre confidencial e só poderá ser revelada se solicitada pelas vias legais.

Está prevista a publicação dos resultados deste estudo no futuro, mas a sua identidade não será divulgada.

**Quais serão as condições de privacidade?**

Todas as avaliações individuais serão realizadas num ambiente particular, garantindo as condições de privacidade.



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**

**Existem custos envolvidos?**

Por participar neste estudo não terá a seu cargo despesas adicionais.

Todos os outros custos serão atribuídos ao investigador responsável.

**Que tempo terei de despende?**

Ao participar neste estudo, ser-lhe-á pedido para despende o tempo para o preenchimento do instrumento de colheita de dados.

**Quais são os meus direitos?**

Antes de decidir participar neste estudo, será informado individualmente da natureza, dos fins, dos procedimentos e das metodologias, da identidade e contactos da investigadora responsável, das condições, benefícios, riscos e custos inerentes à sua participação. Ser-lhe-ão explicados todos os procedimentos, razões e efeitos decorrentes. Antes de tomar a sua decisão terá direito a esclarecer as suas dúvidas e pedir a opinião de terceiros. Receberá este documento assinado pelos investigadores responsáveis.

Se recusar ou desistir da sua participação neste estudo, em qualquer momento, não irá sofrer qualquer dano ou prejuízo futuro, nem perder nenhum direito de saúde ou legal.

**A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação?**

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar a Professora Bruna Gouveia (Investigadora principal) ou o Investigador responsável pela aplicação dos questionários, através dos contactos acima descritos ou na morada institucional (Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny).

Os investigadores comprometem-se a disponibilizar-se para responder a qualquer dúvida e a respeitar os princípios éticos que regulam o exercício da profissão de enfermagem, durante todo este processo de investigação.

O Investigador Responsável

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



## **ANEXO D – OFÍCIO À PRESIDENTE DO CONSELHO DE**

# ADMINISTRAÇÃO DO SESARAM



Exma. Senhora  
Presidente do Conselho de Administração  
do Serviço de Saúde da Região  
Autónoma da Madeira, E.P.E.  
Dra. Tomásia Alves  
Av. Luís de Camões, 57  
9004-514 FUNCHAL

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo/projeto de investigação

**Nome do Investigador Principal:** Bruna Raquel Figueira Ornelas de Gouveia, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny

**Título do projeto de investigação:** Enfermagem de Reabilitação na RAM. Um estudo de Caracterização

Pretendendo-se realizar nos Serviços Hospitalares, de Cuidados de saúde Primários e Rede de Cuidados Continuados, com Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – EPE (SESARAM, E.P.E.) o estudo/projeto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no procedimento de Submissão de Projetos de Investigação da Comissão de Ética do SESARAM, E.P.E.

Com os melhores cumprimentos.

Funchal, 2 de maio de 2019

O Investigador/Promotor

E-mail: [bgouveia@esesjcluny.pt](mailto:bgouveia@esesjcluny.pt)

Telf/Telm: 291 743 444/963344643

Rampa da Quinta de Sant'Ana, 22 - 9050-535 Funchal - 291 743444 - [geral@esesjcluny.pt](mailto:geral@esesjcluny.pt) - [www.esesjcluny.pt](http://www.esesjcluny.pt)

# ANEXO E - PROJETO DE INVESTIGAÇÃO DE GRUPO



## Resumo do Projeto

### **Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização**

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Grupo de Investigadores: Mestrandos de Enfermagem de Reabilitação 2018-2019

E-mail: [bgouveia@esesicluny.pt](mailto:bgouveia@esesicluny.pt); [turma.mer2018@gmail.com](mailto:turma.mer2018@gmail.com).

## **2.4. População**

Neste estudo, será a alvo a população de Enfermeiros Especialistas em Reabilitação a desempenhar funções no Serviço de saúde da RAM (SESARAM, E.P.E.) e todos os clientes dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, à data da avaliação. A identificação dos clientes e cuidadores será feita por referência de cada enfermeiro especialista em reabilitação (lista de clientes em seguimento, à data da avaliação).

## **2.5. Procedimentos na recolha de dados**

A recolha dos dados será feita maioritariamente através de questionários, correspondentes a instrumentos validados para a população portuguesa. Destes instrumentos, alguns serão de autopreenchimento (no caso dos dirigidos aos enfermeiros especialistas e cuidadores) e outros serão preenchidos pelos investigadores (no caso dos questionários e avaliações diretas realizados aos clientes). Algumas avaliações de natureza clínica serão efetuadas aos clientes, designadamente na avaliação do equilíbrio, força e capacidade aeróbica. Assinala-se, que estas constituem avaliações de rotina realizadas pelos enfermeiros de reabilitação na real prática de cuidados.

Esta colheita de dados será realizada por 21 Enfermeiros estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, que como tal estão sujeitos ao cumprimento dos princípios éticos previstos no seu código deontológico.

A recolha de dados está prevista ocorrer num período de 2 semanas, propondo-se o período a partir de 27/05/2019 e até 07/06/2019.

Neste estudo, toda a colheita de dados a clientes será coerente com uma normal abordagem de Enfermagem de Reabilitação, sendo garantidas as condições de privacidade e confidencialidade inerente. No caso dos enfermeiros especialistas participantes, a privacidade será também garantida no autopreenchimento dos questionários e a confidencialidade através da anonimização dos questionários. Ressalve-se que em todo o processo, o anonimato e a confidencialidade dos dados serão garantidos pelo recurso a um número de identificação (IDNR), atribuído a cada participante por ordem de inscrição para figurar depois isolado nos questionários/folhas de registo. Os contactos serão apenas mantidos em posse da investigadora para um possível relatório individual de cada avaliação, se assim o participante desejar, e o respetivo encaminhamento para os recursos de saúde pertinentes. Esta informação será destruída após conclusão do estudo e encaminhamento dos participantes.

Previamente à participação neste estudo, os potenciais participantes serão informados individualmente da natureza, dos fins, dos procedimentos e metodologias, da identidade e contactos dos investigadores e das condições inerentes à sua participação (Ver anexos: Folha de Informação ao Participante).

Após a informação do potencial participante, esclarecimento de dúvidas e validação da compreensão da mesma, será disponibilizada a folha de informação ao Participante assinada pelo investigador e o documento de

consentimento informado poderá ser assinado pelo mesmo e pelo participante (em duplicado), se assim este considerar.

O participante será também informado que poderá recusar ou desistir da sua participação, em qualquer momento, sem sofrer qualquer dano ou prejuízo (Ver anexos: Consentimento Informado).

#### **2.6. Tratamento e análise dos dados**

O processamento e análise de dados será realizado com recurso ao Software estatístico SPSS, durante o período entre 08/06/2019 até 29/06/2019. A análise estatística incluirá estatística descritiva simples e estatística inferencial.

#### **2.7. Forma de divulgação dos resultados**

Esta investigação prevê a elaboração dos trabalhos de dissertação dos Enfermeiros Mestrandos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. As referidas dissertações serão apresentadas à Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e alvo de provas públicas com vista à obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, a partir de 28/07/2019. Comunicações em contexto profissional ou em eventos científicos, assim como, os artigos em revistas da especialidade são outras formas de disseminação previstas.

# ANEXO F- OFÍCIO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE E COMISSÃO CIENTÍFICA



(CES & CCI do SESARAM, EPE)

PARECER nº 25/2019

Sobre o Pedido/Estudo:

**"Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização."** 31-7-19

Autuiz de  
Tufexa o prof:  
da decisãõ  
[Signature]

## A – RELATÓRIO

- A.1** A Comissão de Ética para a Saúde (CES) e a Comissão Científica para a Investigação (CCI) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), analisou o documento N.º 35 de 2019, pedido submetido pela **Prof.ª Dra Bruna Ornelas de Gouveia**, coordenadora do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, para realização do trabalho de investigação **"Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização"**. Trata-se de um estudo no âmbito do mestrado em enfermagem de reabilitação, que pretende caracterizar e determinar os cuidados de enfermagem de reabilitação nos vários contextos da prática.
- A.2** O documento em análise é constituído por: ofício enviado ao Conselho de Administração do SESARAM, EPE, (E1977746) datado de 08 de Maio de 2019, recebido na CES a 10 de Maio de 2019, que inclui questionário de submissão, projecto do estudo, exemplares dos instrumentos de colheita de dados, documentos de informação ao sujeito e de consentimento informado. Acresce informação da Direcção de Enfermagem datado de 24 de Maio de 2019 e email da proponente datado de 23 de Maio de 2019, que inclui alteração ao resumo do projecto, da folha do questionário com recolha de dados pessoais e folhas de informação e consentimento aos sujeitos. Anexado ainda email da proponente datado de 13 de Julho de 2019, que anexa nova alteração a folha de recolha de dados pessoais.
- A.3** Trata-se de um estudo de aplicação de inquéritos e que pretende descrever a enfermagem de reabilitação na RAM no que respeita a variáveis associadas aos cuidados de enfermagem de reabilitação, aos clientes destes cuidados e aos enfermeiros de reabilitação. Pretende ainda analisar as relações entre variáveis associadas aos cuidados de enfermagem de reabilitação, aos clientes desses cuidados e aos enfermeiros de reabilitação, como por exemplo a independência e a cognição dos utentes, a actividade física e a independência, a nível de

comportamento dos enfermeiros e a satisfação. Os questionários serão aplicados pelos enfermeiros mestrados, sendo alguns de autopreenchimento e outros de preenchimento pelos investigadores, sendo as avaliações de natureza clínica efectuadas durante as avaliações de rotina realizadas pelos enfermeiros de reabilitação na real prática dos cuidados. São questionários dependentes do contexto (hospital, centros de saúde ou rede) e do alvo (profissional e cliente ou cuidador), sendo a população alvo os enfermeiros especialistas em reabilitação a desempenhar funções no SESARAM, e todos os clientes dos cuidados desses enfermeiros. A identificação dos clientes e cuidadores será feita por referência de cada enfermeiro especialista em reabilitação, sendo estes a indicar ao enfermeiro mestrado potenciais participantes no estudo. O participante tem a opção de receber os resultados dos inquéritos, sendo para o efeito solicitado alguns dados pessoais mínimos para contacto.

## **B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

**B.1** Serão salvaguardados ao longo do estudo, os princípios éticos relativos ao mesmo, nomeadamente no que se refere ao anonimato dos participantes.

**B.2** Reconhece-se o interesse prático nos resultados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda o direito dos participantes.

## **C – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES CIENTÍFICAS**

**C.1** Serão salvaguardados os princípios básicos da investigação clínica, no que respeita a clareza de exposição dos objectivos e hipótese subjacente, interesse e inovação, metodologia e desenho do estudo.

**C.2** Reconhece-se a validade científica e interesse prático do estudo proposto, cuja qualidade e rigor devem ser assegurados no decorrer da investigação.

## D – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM, EPE deliberou emitir **Parecer Favorável** por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética.

A CCI/SESARAM, EPE decidiu emitir **Parecer Favorável** por estarem cumpridos os princípios básicos das Boas Práticas Clínicas na Investigação.

Aprovado em reunião do dia 22 de Julho de 2019 da CES por unanimidade.

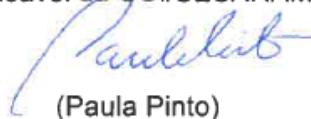
O presidente da CES/SESARAM, EPE



(Ricardo Santos)

Aprovado após avaliação pela CCI.

A responsável da CCI/SESARAM, EPE



(Paula Pinto)