



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

PRESENTE MAS AUSENTE:
O FENÓMENO DO PRESENTISMO EM
ENFERMEIROS PORTUGUESES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Daniela Soraia Ferreira Barbosa

Porto | 2016

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

PRESENTE MAS AUSENTE:
O FENÓMENO DO PRESENTISMO EM ENFERMEIROS
PORTUGUESES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação académica orientada pela Prof.^a Doutora Elisabete Borges
Dissertação académica co-orientada pela Prof.^a Doutora Margarida Abreu

Daniela Soraia Ferreira Barbosa

Porto | 2016

AGRADECIMENTOS

A realização de um trabalho, como o aqui exposto, exige tempo, esforço e dedicação, que acaba por envolver não só o autor do estudo mas muitas outras pessoas à sua volta. Gostaria de agradecer, de um modo geral, a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que a realização deste trabalho fosse possível.

Assim, começo por agradecer aos colegas que aceitaram participar no estudo, aos colegas que não só participaram no estudo como também o divulgaram e contribuíram para a aplicação do instrumento de colheita de dados e a todos os amigos que, apesar de não pertencerem à mesma classe profissional, contribuíram de igual modo para que o instrumento de colheita de dados chegasse ao maior número possível de sujeitos da população em estudo. Obrigada Raquel! Obrigada Daniela! Obrigada João! Obrigada Carla! Obrigada Isabel! Obrigada Pedro e Celina! Obrigada Sónia! E muito muito obrigada Cristina!

Gostaria também de deixar aqui os meus mais sinceros agradecimentos à professora Elisabete Borges e à professora Margarida Abreu pela disponibilidade, orientação e compreensão demonstradas ao longo de todo este processo.

Por último mas não menos importante, o meu muito obrigada à minha família (pai, mãe e irmãos) pelo apoio constante e pela paciência inesgotável. Tudo o que faço ou fiz tem a vossa força por trás e por isso tudo o que alcanço também se deve a vocês. À minha outra família deixo também um agradecimento, por todas as alegrias, por todo o carinho e suporte... Obrigada Fábio por fazeres parte da minha vida, nos bons e maus momentos!

O meu mais sincero agradecimento a todos vocês!

LISTA DE SIGLAS OU ABREVIATURAS

AESST - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

ALWQ - Angina-Related Limitations at Work Questionnaire

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DE - Distração Evitada

DGS - Direção-Geral da Saúde

EFN - European Federation of Nurses Associations

EWPS - Endicott Work Productivity Scales

HLQ - Health and Labor Questionnaire

HPQ - Health and Work Performance Questionnaire

HRPQ-D - Health-Related Productivity Questionnaire Diary

HWQ - Health and Work Questionnaire

JD-R - Job Demands-Resources

MWPLQ - Migraine Work and Productivity Loss Questionnaire

OE - Ordem dos Enfermeiros

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSOC - Programa Nacional de Saúde Ocupacional

RA-WIS - Rheumatoid Arthritis Work Instability Scale

SPS - Stanford Presenteeism Scale

SPS-6 - Stanford Presenteeism Scale 6

SST - Saúde e Segurança no Trabalho

TC - Trabalho Completado

WLQ - Work Limitations Questionnaire

WPAI - Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire

WPAI-AS - Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire Allergy

WPAI-GERD - Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire Gastroesophageal
Reflux Disease

WPAI-GH - Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire General Health

WPAI-SHP - Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire Specific Health Problem

DP - Desvio Padrão

et al. - e outros

gl – Graus de liberdade

M - Média

p – Nível de significância

p. - Página

pp. Páginas

r - Correlação de Pearson

t - Valor do teste t de Student

U – Valor do teste Mann-Whitney

% - Percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. PRESENTISMO: VISÃO SOBRE O FENÓMENO	19
1.1. Conceito de Presentismo	21
1.2. Modelos Teóricos de Presentismo	23
1.3. Causas e Fatores do Presentismo	28
1.4. Consequências do Presentismo	33
1.5. Estudo e Avaliação do Presentismo	37
2. O PRESENTISMO E A ENFERMAGEM	45
2.1. Presentismo em Enfermagem: Visão Global	47
2.2. Presentismo em Enfermagem: A Realidade Portuguesa	48
2.3. O Papel das Instituições Empregadoras e dos Serviços de Saúde Ocupacional	53
2.4. Estratégias de Intervenção no Presentismo	60

3. METODOLOGIA	67
3.1. Questões de Investigação e Objetivos do Estudo	68
3.2. Tipo de Estudo	68
3.3. Variáveis do Estudo	69
3.4. População e Amostra	72
<i>3.4.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra</i>	<i>72</i>
<i>3.4.2. Caracterização Profissional da Amostra</i>	<i>74</i>
3.5. Material	75
3.6. Procedimentos	79
3.7. Considerações Éticas	79
3.8. Tratamento de Dados	80
4. RESULTADOS	83
4.1. Nível de Presentismo nos Enfermeiros	83
4.2. Presentismo e Características Sociodemográficas dos Enfermeiros	85
4.3. Presentismo e Características Profissionais dos Enfermeiros	87
4.4. Presentismo e Problemas de Saúde dos Enfermeiros	90
<i>4.4.1. Caracterização dos Problemas de Saúde dos Enfermeiros</i>	<i>90</i>
<i>4.4.2. Relação entre os Problemas de Saúde e o Presentismo nos Enfermeiros</i>	<i>92</i>
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	97

5.1. Nível de Presentismo nos Enfermeiros	97
5.2. Presentismo e Caraterísticas Sociodemográficas dos Enfermeiros	99
5.3. Presentismo e Caraterísticas Profissionais dos Enfermeiros	102
5.4. Presentismo e Problemas de Saúde dos Enfermeiros	104
CONCLUSÃO E SUGESTÕES	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo de hipóteses de exigências de trabalho, presentismo, recursos de trabalho e absentismo	24
FIGURA 2: Modelo dinâmico do presentismo e absentismo	25
FIGURA 3: Modelo de presentismo e absentismo	27
FIGURA 4: Custos diretos e indiretos em saúde	35
FIGURA 5: Modelo de ambiente de trabalho saudável da OMS: vias de influência, processo, e princípios essenciais	58

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Presentismo versus Absentismo: potenciais consequências positivas e negativas	36
QUADRO 2: Instrumentos que avaliam produtividade de trabalho e presentismo ..	39

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Operacionalização das variáveis	70
TABELA 2: Características da amostra segundo as variáveis sociodemográficas	72
TABELA 3: Características da amostra segundo as variáveis profissionais	74
TABELA 4: Itens da Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)	77
TABELA 5: Valores de alfa de cronbach da SPS-6 e das suas dimensões	78
TABELA 6: Enfermeiros que foram trabalhar com um ou mais problemas de saúde, no último mês	83
TABELA 7: Média, Desvio Padrão, Máximo e Mínimo da SPS-6 total e suas dimensões	84
TABELA 8: Coeficiente de correlação de Pearson entre a SPS-6 total, a dimensão TC e a dimensão DE	84
TABELA 9: Comparação de médias da SPS-6 total, TC e DE em função do sexo; idade; estado civil; habilitações académicas; filhos; pessoas dependentes a cargo e atividades de lazer	85
TABELA 10: Comparação de médias da SPS-6 total, TC e DE em função de ajudas disponíveis para cuidar de pessoas dependentes a cargo e rendimento familiar	87
TABELA 11: Comparação de médias da SPS-6 total, TC e DE em função do local de trabalho; vínculo profissional; turno de trabalho; experiência profissional e antiguidade de trabalho no serviço	88
TABELA 12: Comparação de médias da SPS-6 total, TC e DE em função de considerar o trabalho stressante	89

TABELA 13: Características da amostra segundo os problemas de saúde ocorridos no último mês	90
TABELA 14: Comparação de médias da SPS-6 total, TC e DE em função de cefaleias/enxaquecas; stress; ansiedade; lombalgias e gripes/constipações	92
TABELA 15: Comparação de médias da SPS-6 total, TC e DE em função de alergias; sinusite; asma; depressão; artrite; problemas gastrointestinais e dermatite	94

RESUMO

Numa atualidade marcada por questões socioeconómicas, tradutoras do desenvolvimento social e económico dos países e consequentemente das condições de vida e saúde das populações, um fenómeno tem vindo a emergir na literatura dos países economicamente desenvolvidos, como resultado da preocupação com a produtividade e com as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores, o presentismo. Este fenómeno, resultado de uma multiplicidade de fatores, é definido como o ato de ir trabalhar estando doente e assume grande importância enquanto condicionante da produtividade das empresas e principalmente da saúde e segurança dos trabalhadores. A enfermagem, por sua vez, tem sido muitas vezes associada ao presentismo por ser uma profissão de grande desgaste físico e psicológico, sujeita a fatores de stress como elevada carga horária, rotatividade de turnos, diversidade de tarefas e falta de recursos, traduzindo simultaneamente uma enorme responsabilidade sobre a saúde e bem estar de outros, alvo dos seus cuidados. Face a esta problemática, emergiu a seguinte questão de investigação: Qual o nível de presentismo em enfermeiros portugueses?

O presente estudo, integrado no projeto “*INT-SO – Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha*”, procurou identificar o nível de presentismo em enfermeiros e a sua relação com variáveis sociodemográficas, profissionais e de problemas de saúde. É um estudo de natureza quantitativa, exploratório, descritivo e transversal, em que participaram 151 enfermeiros portugueses, provenientes de diversas regiões do país e de diversos contextos da prática profissional. Foi aplicado um questionário com questões relativas à caracterização sociodemográfica, profissional e de problemas de saúde e a *Stanford Presenteeism Scale-6* (SPS-6) de Koopman *et al.* (2002), traduzida e validada para a população portuguesa por Ferreira *et al.* (2010).

Dos enfermeiros que participaram no estudo 91,4% foi trabalhar, no último mês, com um ou mais problemas de saúde, revelando presentismo. Os resultados evidenciaram que, apesar dos problemas de saúde, os enfermeiros acabam por conseguir desempenhar as suas funções no trabalho, denotando-se um maior comprometimento psicológico do que físico dos enfermeiros. Não se verificaram diferenças significativas entre as variáveis sociodemográficas e o presentismo. Os enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar, com menor número de anos de trabalho no serviço e que consideram o seu trabalho stressante apresentam maior afetação psicológica, menor capacidade para completar o trabalho e pior desempenho global no trabalho. As cefaleias/enxaquecas, o stress, as lombalgias, as gripes/constipações e a ansiedade representaram os principais problemas de saúde. Os enfermeiros com cefaleias/enxaquecas, stress e lombalgias evidenciam maior comprometimento psicológico e físico, assim como, pior desempenho no trabalho.

Face ao fenómeno do presentismo, este estudo consolida a importância da implementação de programas de promoção da saúde dos enfermeiros nos seus contextos de trabalho.

Palavras-chave: Presentismo; Enfermagem; Enfermagem do Trabalho; Saúde Ocupacional; SPS-6.

ABSTRACT

Title: PRESENT BUT ABSENT: PRESENTEEISM IN PORTUGUESE NURSES

Nowadays have been marked by socio-economic issues translators of social and economic development of countries and, consequently, life quality and health condition of population. As a result of concern with productivity, health and safety of workers, a new phenomenon, called presenteeism, has emerged in the literature. Presenteeism can occur due to a multiplicity of factors and refers to the act of attending work while ill, which plays a very important role as a determinant of productivity and especially as a reflection of workers health condition. In line, nursing has often been associated to presenteeism due to its high physical and psychological requirements. In fact, nurses are subjected to many stress factors such as high workload, turnover shifts, task diversity, lack of resources and at the same time high responsibility over the health and welfare of others, target of their care. In this context, the following research question has emerged: What is the level of presenteeism in portuguese nurses?

This study was carried out in order to identify the level of presenteeism in nurses and its relationship with sociodemographic, professional and health problems variables. Also, the study is part of the project "*INT-SO – Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha*". It is a quantitative, exploratory, descriptive and cross-sectional study, with a final sample of 151 portuguese nurses from different regions of Portugal and different practice areas. It was applied a sociodemographic, professional and health problems questionnaire and the *Stanford Presenteeism Scale-6 (SPS-6)* of Koopman *et al.* (2002), translated and validated for the portuguese population by Ferreira *et al.* (2010).

Most of nurses reveled presenteeism, with 91,4% of them mentioning that attended work while ill in the last month. Results have shown that, despite health problems, nurses manage to fulfill their tasks at work, showing a higher psychologic distress than physical. There were no significant differences between sociodemographic variables and presenteeism. Nurses who work in hospitals, with fewer years of work in actual service and who consider their job as a stressful one exhibit higher psychologic impairment, less capacity to fulfill their tasks and overall worse job performance. Headaches/migraines; stress; back pain; flu/colds and anxiety were the main health problems. Nurses with headaches/migraines; stress and back pain have shown higher psychological and physical impairment with worse job performance.

With presenteeism as background, this study reinforces the importance of implementing programs to promote nurses health in their workplaces.

Keywords: Presenteeism; Nursing; Occupational Nursing; Occupational Health; SPS-6.

INTRODUÇÃO

A saúde, como um completo estado de bem-estar físico, mental e social (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2010), é e sempre foi um bem essencial e de valor inestimável para as pessoas e sociedades em geral. Neste sentido, a promoção da saúde e a prevenção da doença, em todos os contextos da vida das pessoas, tem vindo a ser cada vez mais uma preocupação central dos governantes e dos responsáveis em saúde, a nível mundial.

Sabendo que o trabalho ocupa grande parte do dia-a-dia da vida das pessoas e como defende a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013, p. 5) *“os trabalhadores representam metade da população mundial”*, não é de estranhar que as atenções das sociedades e seus governantes estejam cada vez mais voltadas para a promoção da saúde dos trabalhadores. No entanto, como tem vindo a alertar a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST) (2016), o trabalho constitui ainda uma fonte de inúmeros riscos para a saúde dos trabalhadores, sendo por vezes menosprezada a importância que a promoção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis detém sobre o desempenho e produtividade dos trabalhadores e consequentemente sobre o sucesso das empresas e instituições.

Numa atualidade marcada por questões económicas e financeiras, com repercussões inevitáveis nos contextos de trabalho e nos trabalhadores, um conceito tem emergido na literatura da saúde ocupacional, o presentismo.

O conceito de presentismo refere-se a *“trabalhadores que se apresentam ao trabalho quando estão doentes e incapazes de cumprir as suas funções adequadamente”* (AESST, 2015, p. 5), o que traduz não só consequências para a saúde dos trabalhadores como também para a produtividade das empresas e para a sociedade como um todo (Huver *et al.*, 2012; Lalic e Hromin, 2012; Sanderson e Cocker, 2013; AESST, 2015).

A profissão de enfermagem, por sua vez, tem sido frequentemente associada ao presentismo uma vez que é uma profissão de grande desgaste físico e psicológico, com inúmeras e complexas exigências mas também com enorme responsabilidade sobre a saúde e bem estar de outros (Letvak, Ruhm e Gupta, 2012; Martinez e Ferreira, 2012; Paschoalin, Griep e Lisboa, 2012; Umann, Guido e Grazziano, 2012; Palha, 2014).

Perante estas circunstâncias e considerando que os riscos e custos associados ao presentismo são difíceis de medir mas assumem grande importância (Hemp, 2004), nomeadamente nos contextos de trabalho em enfermagem onde um desempenho comprometido poderá ter repercussões na saúde do trabalhador e também na saúde de outros (Laranjeira, 2013), mostra-se pertinente o desenvolvimento de estudos que permitam uma melhor compreensão do fenómeno do presentismo em enfermeiros.

Assim, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Porto e integrando o projeto transcultural "*INT-SO – Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha*", surge o presente estudo com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento e implementação de programas de intervenção que minimizem os riscos associados ao presentismo e assim promovam ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

Com a realização do presente estudo pretendem-se alcançar os seguintes objetivos:

- Identificar o nível de presentismo em enfermeiros portugueses;
- Analisar a relação existente entre a variável presentismo e as variáveis sociodemográficas; profissionais e problemas de saúde.

O trabalho dividir-se-á em cinco principais capítulos. O primeiro fará referência ao conceito do presentismo, modelos teóricos, causas, consequências e sua avaliação. O segundo incidirá sobre a realidade do presentismo no contexto da enfermagem em termos globais e da enfermagem em Portugal, com abordagem ao papel das instituições empregadoras e dos serviços de saúde ocupacional e às estratégias a desenvolver neste âmbito. O terceiro capítulo integrará a metodologia do estudo com os objetivos da investigação, o tipo de estudo, as variáveis, a população e amostra, o material, os procedimentos, as considerações éticas e o tratamento dos dados. Posteriormente, no quarto capítulo, será feita a apresentação dos resultados obtidos e o quinto e último capítulo será composto pela discussão desses mesmos resultados. O trabalho finalizar-se-á com as conclusões, sugestões e referências bibliográficas.

1. PRESENTISMO: VISÃO SOBRE O FENÓMENO

A atualidade tem vindo a ser marcada por questões económicas e financeiras que assumem cada vez mais um papel central no desenvolvimento dos países e conseqüentemente na vida das pessoas. De facto, os índices económicos de um país determinam o seu nível de desenvolvimento socioeconómico com repercussões diretas sobre o bem-estar e qualidade de vida dos cidadãos (Fabiano e Renault, 2008; Departamento de Informação das Nações Unidas, 2008).

Neste sentido, as instituições e empresas das diferentes áreas de atividade e dos vários setores, público e privado, constituem nos dias de hoje uma base fundamental para o crescimento social e económico de qualquer país, com demarcada preocupação pelos seus índices de produtividade.

Por outro lado, os trabalhadores, como principal fonte impulsionadora das instituições e empresas, *“são os principais contribuintes e intervenientes do desenvolvimento económico e social, assim como (...) a saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores são condições essenciais ao desenvolvimento socioeconómico equitativo e sustentável de qualquer país”* (DGS, 2013, p. 5).

De facto existem nos dias de hoje *“cerca de 400 milhões de pessoas a trabalhar nos estados membros da OMS Europa”*, sendo que a maioria destas passa *“mais de metade da vida (...) no trabalho”* (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2014, p. 2), o que é revelador da importância que os trabalhadores assumem para as empresas e sua produtividade assim como é também indicador do peso que as empresas e mais concretamente os contextos de trabalho detêm sobre a saúde dos trabalhadores.

Estas constatações têm conduzido a uma maior atenção para com as relações em torno do contexto de trabalho, saúde e produtividade, denotando-se uma maior preocupação por parte das organizações de saúde e das empresas com a saúde e bem-estar dos trabalhadores, enquanto condições fulcrais para o sucesso das instituições e para o desenvolvimento social e económico dos países (Pedro, 2007; Schultz e Edington, 2007; Cooper e Dewe, 2008; Schultz, Chen e Edington, 2009; Ferreira *et al.*, 2010; Admasachew e Dawson, 2011; Merrill *et al.*, 2012; DGS, 2013; Scuffham, Vecchio e Whiteford, 2013).

A literatura nesta área desde sempre demonstrou interesse sobre os fatores relacionados com o absentismo, ou seja, com a ausência do trabalhador do seu local de trabalho e com as causas e consequências inerentes a esta situação, quer para trabalhadores (enquanto reflexo do seu estado de saúde) quer para as instituições empregadoras (enquanto fator condicionante da sua produtividade) (Cooper e Dewe, 2008; Heuvel *et al.*, 2009; Schultz, Chen e Edington, 2009; García, 2011; Lalic e Hromin, 2012; Palha, 2014).

No entanto, nas últimas décadas um outro conceito tem vindo a ganhar relevo na literatura, sendo alvo de interesse e atenção crescentes por parte das organizações, o presentismo.

Contrariamente ao absentismo, o conceito de presentismo reporta-se para a presença física dos trabalhadores no seu local de trabalho mas sem que essa presença se traduza necessariamente no desempenho pleno das suas funções e tarefas, ou seja, o trabalhador está presente mas ausente ao mesmo tempo (Koopman *et al.*, 2002; Hemp, 2004; Chapman, 2005; Middaugh, 2006; Johns, 2010; Scuffham, Vecchio e Whiteford, 2013).

Esta situação, desconhecida de alguns e ignorada por outros, traduz uma complexidade nem sempre devidamente considerada quer pelos intervenientes em saúde quer pelos responsáveis das organizações.

De facto, o presentismo sempre existiu assim como sempre subsistiu também a ideia de que a ausência do trabalhador (absentismo) acarreta maior prejuízo para a produtividade das empresas do que a presença condicionada deste (presentismo), uma suposição cada vez mais contrariada pela produção científica produzida em torno desta temática (Hemp, 2004; Johns, 2010; Rantanen e Tuominen, 2011; Ferreira *et al.*, 2010; Huver *et al.*, 2012).

1.1. Conceito de Presentismo

O conceito de presentismo não tem sido unânime, verificando-se algumas divergências na literatura quanto à sua definição. Como refere Schultz *et al.* (2009, p. 366) “*existe um debate em torno da definição de presentismo*”, com perspectivas e particularidades diferentes.

Enquanto alguns autores se referem ao termo *presentismo* como tudo o que diz respeito à prática de comparecer no local de trabalho estando “ausente” deste ao mesmo tempo, quer seja por preocupações pessoais, realização de outras tarefas em simultâneo, condição de saúde, excesso de horas de trabalho, entre outros fatores (Chapman, 2005; Middaugh, 2006; Prater e Smith, 2011), outros defendem que o conceito de *presentismo* se refere à presença física do trabalhador no local de trabalho quando este se encontra doente ou com qualquer outra condicionante de saúde (Hemp, 2004; Heuvel *et al.*, 2009; Johns, 2010; Huver *et al.*, 2012; Taloyan *et al.*, 2012; Sanderson e Cocker, 2013).

De entre estas duas visões, a última parece ser a mais recorrente e consensual na literatura, sendo empregue pela grande maioria das organizações e investigadores da área. Esta foi aliás uma constatação de Johns (2010) na revisão da literatura que desenvolveu sobre a problemática do presentismo. Segundo este autor, apesar de existirem inúmeras definições de presentismo, a grande maioria é de fraca utilidade científica pois define presentismo como o antónimo de absentismo ou então estende-se em demasia e sem limites perceptíveis sobre as condicionantes de saúde associadas ao presentismo.

Seguindo os pressupostos de Johns e à semelhança de outros autores como Aronsson, Gustafsson e Dallner (2000) e mais recentemente Admasachew e Dawson (2011); Taloyan *et al.* (2012); Sanderson e Cocker (2013); Palha (2014); Rhodes e Collins (2015) e Borges *et al.* (2016), adotamos como definição de presentismo o ato de “*ir trabalhar estando doente*” (Johns, 2010, p. 521).

Assim, não podemos ignorar que ao definir presentismo como o ato de ir trabalhar doente, outras questões, inevitavelmente ligadas às consequências para a saúde dos trabalhadores e também para a produtividade das organizações, emergem do próprio conceito de presentismo.

De facto, grande parte da pesquisa desenvolvida sobre presentismo provém de estudos norte americanos, muito focados na produtividade e economia das empresas e, portanto, apesar de cada vez mais defendido como uma medida refletora do estado de saúde, atual e futuro, dos trabalhadores (Sanderson e Cocker, 2013), o presentismo contém na sua génese uma forte conexão com as questões relacionadas com a produtividade das organizações.

Em 2004, Hemp trouxe o presentismo para o centro da discussão com o seu artigo *Presenteeism: At Work - But Out Of It*, publicado pela prestigiada revista *Harvard Business Review*. Já na altura Hemp (2004, p.1) definiu presentismo como “*estar no local de trabalho mas, por motivos de doença ou outra condicionante médica, não estar a produzir em pleno*”, enquadrando notoriamente o presentismo nas questões da produtividade (Ferreira *et al.*, 2010).

Da mesma forma que Hemp, muitos outros autores como Koopman *et al.* (2002); Schultz e Edington (2007); Cooper e Dewe (2008); Heuvel *et al.* (2009); Schultz, Chen e Edington (2009); Ferreira *et al.* (2010); Terry e Xi (2010); Widera, Chang e Chen (2010); Admasachew e Dawson (2011); Rantanen e Touminen (2011); Letvak, Ruhm e Gupta (2012); Merrill *et al.* (2012); Umann, Guido e Grazziano (2012); Laranjeira (2013) e Scuffham, Vecchio e Whiteford (2013), estudaram o presentismo no âmbito do seu efeito sobre a produtividade das empresas. Como refere Ferreira *et al.* (2010, p. 253) e na linha dos autores supracitados, o conceito de presentismo “*prende-se com as manifestas perdas de produtividade associadas às pessoas afectadas pelo presentismo no seu posto de trabalho*”.

Neste sentido, duas principais visões emergem na literatura do presentismo, com origem em fontes de conhecimento geograficamente distintas: a norte-americana e a europeia (Johns, 2010). A visão norte-americana, exposta anteriormente e manifestamente marcada por questões económicas, evidencia a “preocupação com o impacto da doença na produtividade” (Johns, 2010, p. 520). Por outro lado, a visão europeia demonstra maior “*interesse na ocorrência do presentismo como reflexo da insegurança no trabalho e de outras questões ocupacionais*” que poderão ter consequências futuras na saúde e bem estar dos trabalhadores (Johns, 2010, p. 520).

Ambas as visões são legítimas, com contribuições necessárias e valiosas para uma maior compreensão do fenómeno do presentismo, quer enquanto condicionante da produtividade das organizações quer enquanto retrato do estado de saúde e das condições de trabalho dos trabalhadores.

1.2. Modelos Teóricos de Presentismo

O estudo do presentismo e das suas variáveis, como já referido anteriormente, tem vindo a ser alvo de crescente interesse e desenvolvimento na literatura atual, com ganhos pertinentes e significativos para a compreensão do fenómeno. De facto, “*o presentismo não se trata de um fenómeno isolado*” (Sousa, 2012, p.7) e portanto não pode ser analisado como tal.

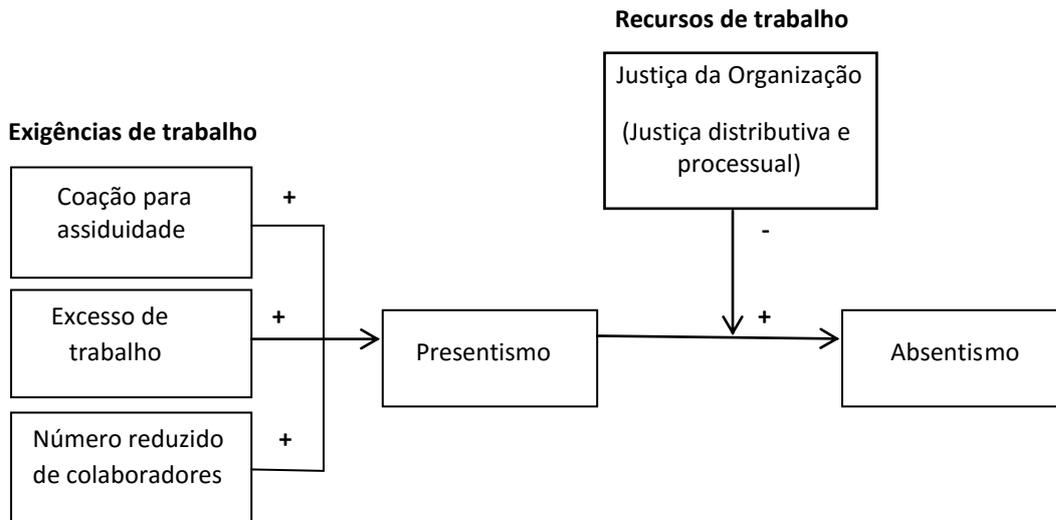
Neste sentido, os modelos teóricos de presentismo assumem um valor considerável enquanto enriquecedores do conhecimento teórico que existe na atualidade sobre as reais dimensões do presentismo.

De entre os modelos teóricos desenvolvidos sobre o fenómeno do presentismo, destaca-se o Job Demands-Resources Model (JD-R Model) de Bakker e Demerouti (2007), o Modelo Dinâmico do Presentismo e Absentismo de Johns (2010) e o Modelo de Presentismo e Absentismo de Gosselin e Lauzier (2011).

O JD-R Model assenta no pressuposto de que, apesar de todas as profissões poderem ter os seus próprios fatores de risco associados ao stress laboral, estes podem ser agrupados em duas principais categorias: exigências de trabalho (“*job demands*”) e recursos de trabalho (“*job resources*”) (Bakker e Demerouti, 2007, p. 312).

Este modelo foi posteriormente utilizado por Deery, Walsh e Zatzick (2014) como base para o estudo dos “*antecedentes do presentismo e a sua associação com o absentismo*”, permitindo o desenvolvimento de hipóteses que conduziram a um modelo de exigências de trabalho, presentismo, recursos de trabalho e absentismo (Deery, Walsh e Zatzick, 2014, 353-357) (figura 1).

FIGURA 1: Modelo de hipóteses de exigências de trabalho, presentismo, recursos de trabalho e absentismo



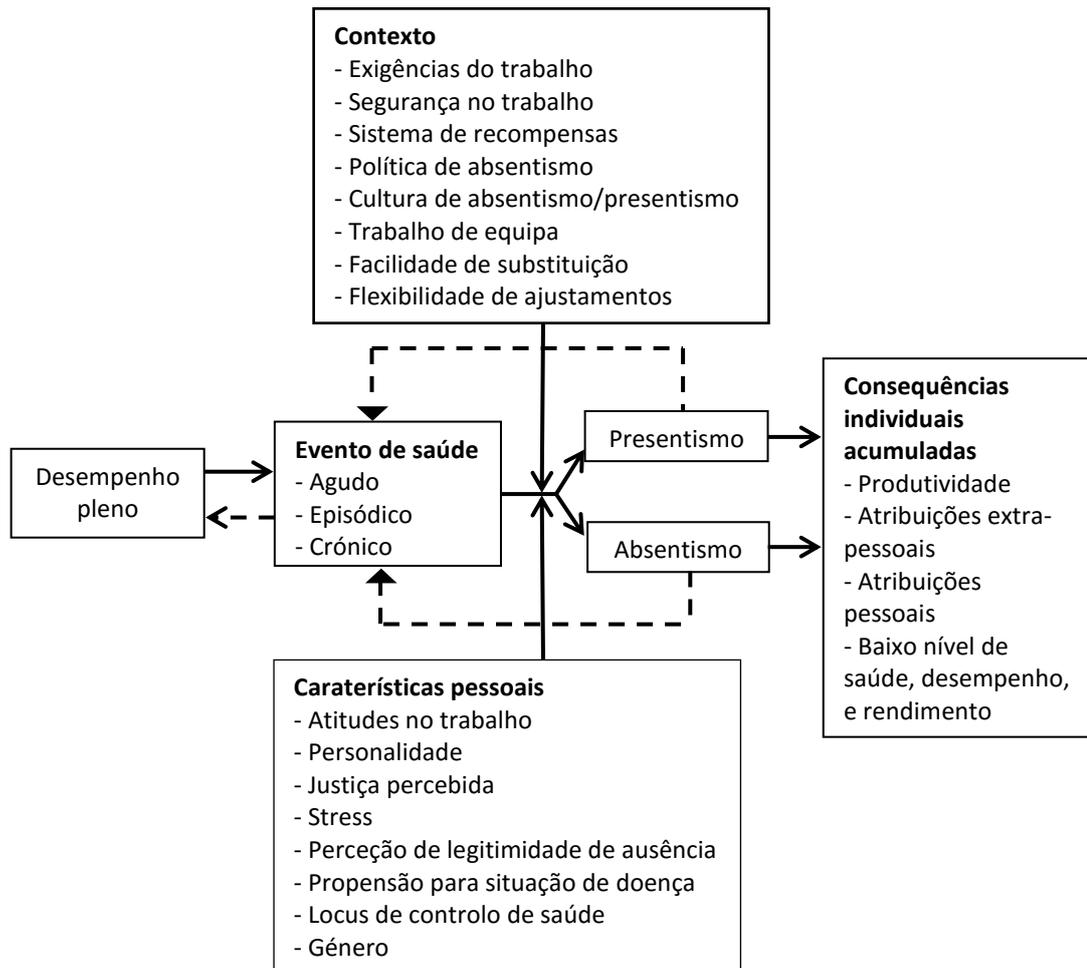
(Deery, Walsh e Zatzick, 2014)

As exigências de trabalho, que incluem excesso de trabalho, cumprimento de prazos e ambientes de trabalho difíceis, irão, segundo este modelo, estimular o presentismo, uma vez que conduzem a um maior e mais prolongado esforço de trabalho e conseqüentemente a um maior stress laboral e ao mesmo tempo propiciam a que os trabalhadores se sintam inclinados a trabalhar doentes para manter os níveis de trabalho exigidos (Deery, Walsh e Zatzick, 2014).

Os recursos de trabalho, por sua vez, definidos no modelo como as condições físicas, sociais ou organizacionais de trabalho que podem de alguma forma minimizar o impacto das exigências de trabalho, promovem o envolvimento com o trabalho e auxiliam os trabalhadores no seu desempenho, conduzindo mais facilmente a situações de absentismo e não tanto de presentismo (Deery, Walsh e Zatzick, 2014).

Por seu lado, o modelo dinâmico do presentismo e absentismo apresentado por Johns (2010) defende o presentismo como o resultado de um evento de saúde, seja ele de etiologia aguda, episódica ou crónica, que condiciona o desempenho pleno e regular dos trabalhadores e que, conforme a natureza do evento em si, o contexto de trabalho e as características pessoais de cada indivíduo, traduzirá fenómenos de presentismo ou de absentismo (figura 2).

FIGURA 2: Modelo dinâmico do presentismo e absentismo



(Johns, 2010)

No modelo dinâmico a situação de saúde dos indivíduos assume um papel primordial enquanto catalisadora do evento que conduzirá ao presentismo ou ao absentismo, consoante as interações entre um conjunto de variáveis chave neste processo (natureza da condicionante de saúde, contexto de trabalho e caraterísticas pessoais).

Como defende Johns (2010) neste modelo, é provável que na fase aguda de uma doença os indivíduos sejam incapazes de ir trabalhar e recorram inevitavelmente ao absentismo. Por outro lado, nas doenças crónicas os indivíduos tendem ao presentismo uma vez que perante situações médicas não urgentes é o contexto organizacional e as caraterísticas pessoais/individuais que determinam a decisão entre o absentismo ou o presentismo.

Um exemplo interessante que Johns (2010) foi buscar a um outro autor, Nicholson (1977), e que expõe bem a importância que o contexto de trabalho assume em torno do evento de saúde e da propensão para o absentismo ou para o presentismo é o da

ocorrência de dor de garganta/amigdalite, que em cantores conduzirá ao absentismo mas que em pianistas traduzir-se-á mais facilmente em presentismo.

Por outro lado, questões como o nível de exigência de trabalho, a facilidade de substituição por outros, a flexibilidade de ajustamento de horários ou mesmo a existência de sistemas de recompensas, são neste modelo fatores que, no âmbito do contexto organizacional, influenciam de forma significativa a decisão dos trabalhadores de ir ou não trabalhar perante a existência de uma qualquer condicionante de saúde.

Assim, se a perceção de segurança e a facilidade de ajustamentos promovem o absentismo, culturas organizacionais de pressão e com sistemas de recompensa para a assiduidade traduzem mais facilmente fenómenos de presentismo (Johns, 2010).

Da mesma forma, a personalidade de cada indivíduo, a sua atitude perante o trabalho ou mesmo a perceção que cada um tem de justiça organizacional, constituem as bases que de alguma forma justificam as diferenças de comportamentos muitas vezes encontradas entre indivíduos inseridos em contextos de trabalho idênticos.

Neste sentido, não é só o contexto que define a escolha entre o presentismo ou o absentismo, as características individuais detêm também um valor inestimável nesta decisão, sendo provável que pessoas *“com atitudes de trabalho positivas e percepções favoráveis de justiça exponham presentismo”* e pessoas *“com locus de controlo de saúde externo, com propensão para o papel de doente e com a perceção de que o absentismo é um comportamento legítimo”* contribuam para o absentismo (Johns, 2010, pp. 532-533).

No fim, depois de considerados todos estes fatores e a complexidade da interação entre eles, importa também ter em conta que o resultado final de todo este processo, traduzido em fenómenos de presentismo ou de absentismo, traduzirá inevitavelmente consequências, tanto para os indivíduos como para as organizações.

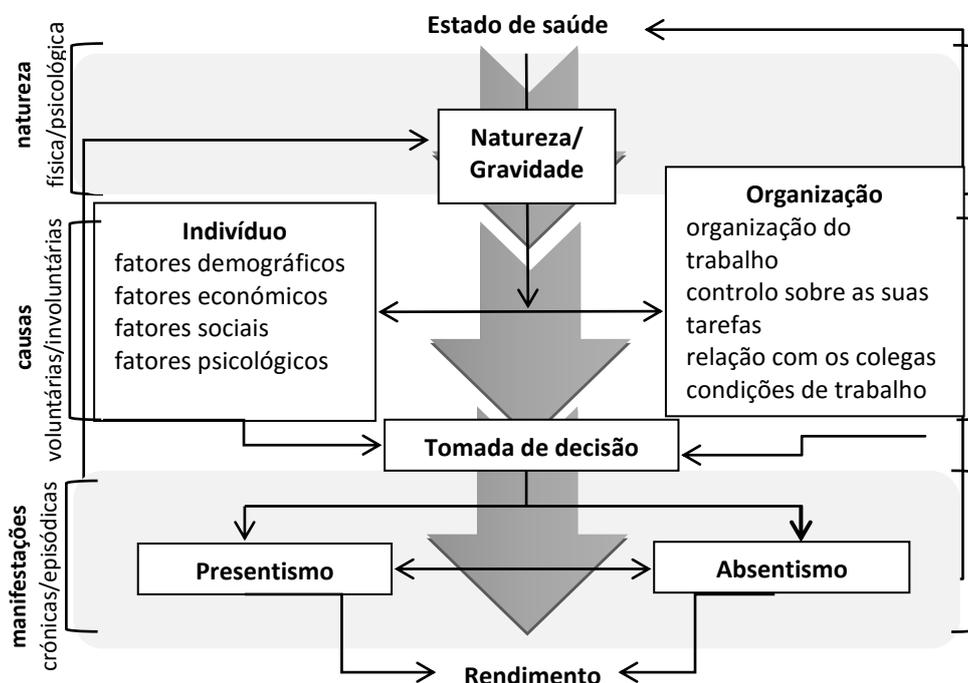
De entre as principais consequências, definidas no modelo como consequências individuais acumuladas, destaca-se a perda ao nível da saúde dos indivíduos com efeito no seu desempenho e rendimento e incontornavelmente na produtividade (Johns, 2010).

Perante todas estas considerações, é facilmente perceptível a pertinência e importância deste modelo dinâmico, que se mantém atual, com um enorme contributo para a compreensão do fenómeno do presentismo.

Relativamente ao modelo de presentismo e absentismo desenvolvido por Gosselin e Lauzier (2011), este apresenta “três níveis de condições que determinam os sintomas de presentismo num colaborador e que, quando combinadas, permitem a identificação de tipos específicos de presentismo” (Sousa, 2012, p. 7).

Este modelo partilha com o modelo dinâmico do presentismo e absentismo de Johns (2010), a referência à natureza/gravidade da condicionante de saúde, ao contexto organizacional e às características individuais enquanto determinantes da tomada de decisão que conduzirá a fenómenos de presentismo ou de absentismo (figura 3).

FIGURA 3: Modelo de presentismo e absentismo



(Sousa, 2012)

Assim, o modelo de presentismo de Gosselin e Lauzier (2011) defende que o estado de saúde dos indivíduos pode sofrer alterações, que podem ser de natureza física, como problemas músculo-esqueléticos, ou psicológica, como as depressões (Sousa, 2012).

Posteriormente à natureza, entram em jogo outros fatores, considerados no modelo como as causas do presentismo e que podem ser voluntárias ou involuntárias. Isto é, quando os trabalhadores se sentem pressionados a algo, seja por motivos económicos ou por motivos de insegurança no trabalho, a sua decisão não é totalmente livre pelo que é considerada involuntária. Por outro lado quando a decisão é inteiramente pessoal ou por questões pessoais, esta é considerada voluntária (Sousa, 2012).

Neste sentido e à semelhança do modelo de Johns (2010), o contexto organizacional e as características pessoais irão determinar as causas do presentismo e se estas se traduzirão em causas voluntárias ou involuntárias.

Tomada a decisão, com as causas inerentes à mesma, surgem então as manifestações, em presentismo ou em absentismo, com consequências para o estado de saúde dos indivíduos.

Este modelo defende que o fenómeno de presentismo pode ocorrer como manifestação crónica (repete-se durante um determinado período de tempo) ou episódica (ocorre apenas ocasionalmente), sendo que *“sintomas que, por norma, originam presentismo crónico podem ser a causa dum presentismo episódico, assim como o contrário pode acontecer”* (Sousa, 2012, p. 9). O modelo inclui também de forma clara a ideia de que tanto o presentismo como o absentismo refletem consequências diretas para o desempenho e rendimento dos trabalhadores.

Todos estes modelos teóricos assumem-se como ferramentas essenciais para o desenvolvimento do conhecimento em torno do presentismo, sendo representações da realidade do fenómeno e das suas dimensões.

É de salientar que à medida que o estudo do presentismo cresce e desenvolve, também aumentam as preocupações com as suas causas e consequências, sendo comum a vários modelos teóricos (como demonstrado anteriormente) a referência aos contextos de trabalho e às características individuais como determinantes chave do fenómeno de presentismo e ao estado de saúde e à produtividade dos trabalhadores como principais recetores dos efeitos do presentismo.

1.3. Causas e Fatores do Presentismo

O fenómeno do presentismo, pelo conceito em si, levanta desde logo uma importante e simbólica questão “porque é que alguém iria trabalhar estando doente?”.

Durante algum tempo assumiu-se que *“qualquer fator que coagisse a oportunidade de absentismo poderia estimular o presentismo”* (Koopmanschap et al., 2005, cit. por Johns, 2010).

Atualmente a questão assume maior complexidade, tendo sido estudada por diversos autores com o intuito de permitir a identificação de fatores específicos associados ao fenômeno de presentismo.

Segundo Pedro (2007, p. 6), que apresentou os resultados de um estudo desenvolvido pela *Harris Interactive* em 2006, de entre os principais motivos para se ir trabalhar doente destacam-se:

- *Ter demasiado trabalho em mãos e receio de falhar prazos (66%);*
- *Não haver ninguém que possa fazer o seu trabalho (56%);*
- *Não querer ser descontado nos dias de férias (50%);*
- *Receio de ser penalizado pela empresa se tirar dias por doença (46%);*
- *Poupar os dias por doença a que tem direito, para os usar mais no final do ano (41%);*
- *Lealdade à empresa (36%);*
- *Cultura de empresa que desencoraja a ausência por doença (25%)”.*

Por seu lado, Johns em 2010, através de uma cuidada revisão da literatura, desenvolveu o modelo dinâmico do presentismo e absentismo (já anteriormente apresentado neste trabalho), sugerindo *“que certas questões do contexto de trabalho, certas características do trabalhador, e certas experiências de trabalho podem influenciar a ocorrência de presentismo”* (Johns, 2011, p. 484).

Também em 2012, Merrill et al. estudaram as causas do presentismo, concluindo que *“questões relacionadas com o contexto de trabalho (p. ex. exigir demasiado dos trabalhadores, não dispor de suficiente suporte tecnológico e recursos) detêm a maior influência sobre o presentismo”* (Merrill et al., 2012, p. 299). No entanto, ainda segundo estes autores, outros fatores como problemas pessoais, preocupações financeiras, condicionantes psicológicas (como depressão e ansiedade), formação inadequada e relações conflituosas com supervisores e/ou colegas de trabalho assumem também um importante papel enquanto promotores do presentismo.

Mais recentemente em 2014, Deery, Walsh e Zatzick, num estudo baseado no JD-R Model, verificaram que *“as exigências de trabalho, incluindo excesso de trabalho e políticas rigorosas de assiduidade influenciaram a decisão”* dos trabalhadores *“de comparecer no trabalho enquanto doentes”* (Deery, Walsh e Zatzick, 2014, p. 366).

Assim, sobressai na literatura a importância que os contextos de trabalho assumem para o presentismo, contendo aspetos determinantes como compromisso com o trabalho, interdependência de trabalho, autonomia e facilidade de substituição (Johns, 2011).

Como refere Johns (2011, p. 484) o compromisso por um lado e a relação de interdependência de tarefas por outro podem fazer com que os trabalhadores se sintam *“socialmente obrigados a comparecer no trabalho apesar de estarem doentes”*.

Do mesmo modo, uma maior autonomia, significado de menor pressão por parte da organização, pode potenciar a vontade do trabalhador em ir trabalhar ou pode permitir que o trabalhador fique mais facilmente em casa a recuperar em vez de ir trabalhar doente (Johns, 2010; Johns, 2011; Huver *et al.*, 2012).

Quanto à facilidade de substituição, *“se não existir ninguém para substituir um trabalhador e/ou o trabalho ficar acumulado até que este retorne, as pessoas tendem para o presentismo em detrimento do absentismo”* (Biron *et al.*, 2006, cit. por Johns, 2011, p. 485). Neste sentido, a dificuldade de substituição de um trabalhador por um outro colega tem sido associada na literatura a maiores níveis de presentismo.

Perante todas as constatações anteriores, verifica-se que os contextos de trabalho podem ser tanto promotores como inibidores do fenómeno de presentismo, consoante as diversas especificidades inerentes à realidade de cada situação (Johns, 2010).

De facto, como defende a OMS (2010, p.6), um ambiente de trabalho saudável 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”*, promove por um lado um maior compromisso do trabalhador para com o trabalho e por outro uma maior liberdade de decisão sobre o que realmente é melhor para si, para a sua saúde e também para a organização onde trabalha.

No entanto, o contexto de trabalho, apesar de deter primordial relevo nestas questões, não é o único interveniente no presentismo, verificando-se na literatura pelo menos mais duas outras dimensões influenciadoras da decisão de ir ou não trabalhar com alguma condicionante de saúde: características pessoais e vivências de trabalho (Johns, 2011).

A primeira reporta-se às atitudes, valores e personalidade, sendo estas variáveis individuais que definem muitas vezes os comportamentos adotados pelos trabalhadores (Johns, 2011).

Deste modo, muitas vezes trabalhadores em contextos de trabalho idênticos reportam comportamentos distintos, consoante o que acreditam ser correto ou justo ou ainda ser a única solução possível.

Pessoas perseverantes, conscientes e com locus de controlo interno têm maior tendência para o presentismo que para o absentismo, ultrapassando mais facilmente questões psicológicas como depressão e/ou ansiedade e estando habitualmente mais motivadas para trabalhar mesmo em situação de doença (Johns, 2011; Merrill *et al.*, 2012; Sanderson e Cocker, 2013).

Neste contexto é também clara a importância da perceção individual de saúde no presentismo, ou seja, do entendimento que cada pessoa tem sobre a sua própria saúde e sobre a capacidade de reverter essa situação.

De facto, pessoas com uma perceção positiva da sua saúde sentir-se-ão mais facilmente capazes de trabalhar perante a ocorrência de uma doença ou condicionante de saúde, desvalorizando muitas vezes o seu impacto no desempenho profissional e na própria saúde. Por outro lado trabalhadores que percecionam a sua saúde como débil reportam mais facilmente dias de ausência por doença (absentismo) do que comportamentos de presentismo (Johns, 2011).

Ainda quanto à influência das características pessoais no presentismo, interessa referir que a relação entre variáveis sociodemográficas (como o sexo, a idade, a composição familiar, entre outros) e o fenómeno de presentismo, apesar de já mencionada na literatura por diversos autores, não tem obtido um consenso evidente que permita sustentar uma relação clara entre determinada variável sociodemográfica e o presentismo.

Se por um lado alguns estudos defendem que trabalhadores mais velhos terão mais propensão para o presentismo (Huver *et al.*, 2012) e que as mulheres são mais afectadas por este fenómeno que os homens (Paschoalin *et al.*, 2013), outros verificaram que os homens têm maior propensão para o presentismo e as mulheres para o absentismo (Huver *et al.*, 2012), e que o presentismo tende a decrescer em trabalhadores de maior idade (Merrill *et al.*, 2012), e outros ainda, sugerem que pessoas com crianças a cargo poderão ter maior propensão para o presentismo, existindo no entanto fundamentações inversas também nesta área (Huver *et al.*, 2012). Estes resultados contraditórios devem-se em grande parte à influência de todos os outros fatores intervenientes no presentismo, não sendo possível definir um “padrão comum” quanto às características sociodemográficas das pessoas que decidem ir trabalhar estando doentes (Johns, 2010).

No que se refere às vivências de trabalho, destacam-se a percepção da *“equidade, segurança de trabalho, conflito entre família e trabalho, e conflito entre trabalho e família”* (Johns, 2011, p. 486).

Relativamente à equidade, verifica-se que a presença de desigualdades nas organizações associa-se com frequência a níveis elevados de absentismo, relacionando-se negativamente com o presentismo (Johns, 2011).

O sentimento de insegurança no trabalho, por seu lado, tem surgido na literatura com algumas divergências e conflitos de resultados quanto à sua relação com o presentismo, podendo ser um fator promotor enquanto refletor do receio de faltar ao trabalho, ou traduzindo antes situações de absentismo em detrimento do presentismo, por tentativa de *fuga* da insegurança do trabalho.

Quanto à dicotomia entre trabalho e família, como refere Pereira *et al.* (2014, p. 25), *“na sociedade atual o trabalho e a família constituem os principais papéis da maioria dos adultos”*, papéis estes com inúmeras exigências que por vezes se cruzam e se tornam incompatíveis, dando origem ao denominado conflito trabalho-família.

Segundo Johns (2011, p. 487) a interação entre o trabalho e a família na literatura do presentismo ainda foi pouco estudada, verificando-se no entanto que *“um elevado nível de conflito entre trabalho e família deve associar-se negativamente ao absentismo e positivamente ao presentismo”* e *“um elevado nível de conflito entre família e trabalho deve associar-se positivamente ao absentismo e negativamente ao presentismo”* (Johns, 2011, p. 487).

Já os estudos de Geurts *et al.* (2005) e de Marais *et al.*(2009), cit. por Pereira *et al.*, (2014, p. 25), indicavam que a *“interação trabalho-família negativa é superior à interação família-trabalho negativa, e a interação família-trabalho positiva é superior à interação trabalho-família positiva”*.

Seja qual for a abordagem e o âmbito do estudo desenvolvido uma ideia é clara e comum, o trabalho tem influência na família e a família tem influência no trabalho (Greenhaus e Powell, 2006).

Nesta altura interessa também ressaltar que para além de todos os fatores já enunciados, provenientes das características pessoais e dos contextos e vivências de trabalho, é também fator preponderante do presentismo a realidade da condicionante de saúde em si.

Deste modo, a literatura defende dois tipos de presentismo, o associado a doença ou condicionantes aguda (como alergias ou gripe) e o associado a doença ou condicionante crónica (como asma ou diabetes) (Letvak, Ruhm e Gupta, 2012).

A grande maioria dos problemas de saúde que traduzem fenómenos de presentismo são de natureza benigna, uma vez que doenças ou condicionantes de maior gravidade impõem que as pessoas fiquem em casa e por períodos de tempo mais prolongados (Hemp, 2004).

Assim, de um modo geral e citando Sanderson e Cocker (2013, p. 173):

“O presentismo tem sido associado a características de saúde, pessoais e de contexto de trabalho. Em termos de condicionantes de saúde, a depressão tem sido destacada como tendo uma maior associação ao presentismo que outras condicionantes de saúde (...). A propensão para o presentismo será também influenciada pela forma como a pessoa percebe a sua saúde (...). As características do contexto de trabalho que aumentam a probabilidade de ocorrência de fenómenos de presentismo incluem a insegurança no trabalho, a não remuneração durante a ausência por doença, a escassez de oportunidades de trabalho e as situações de trabalho temporário”.

Perante todas as constatações apresentadas, torna-se claro que as causas do presentismo associam-se a diversos e complexos fatores, emergentes das diferentes realidades existentes ao nível das organizações e das próprias pessoas que as integram.

1.4. Consequências do Presentismo

Estar presente no local de trabalho mas ausente ao mesmo tempo por não dispor das condições de saúde (físicas ou psicológicas) necessárias para o desempenho normal e pleno das suas tarefas traduz uma questão relevante não só para a produtividade das empresas como também para a saúde das pessoas.

De facto, a ideia de que *“a saúde afeta o trabalho e o trabalho afeta a saúde”* (Pilette, 2005, cit. por Laranjeira, 2013, p. 644), é bem representativa do fenómeno de presentismo e das suas consequências para trabalhadores e organizações.

A literatura nesta área tem demonstrado que o presentismo, para além de ter repercussões diretas e significativas sobre a produtividade, afeta também a qualidade de vida, a saúde e a segurança dos trabalhadores assim como a qualidade do próprio trabalho desenvolvido (Huver *et al.*, 2012; Lalic e Hromin, 2012; Sanderson e Cocker, 2013).

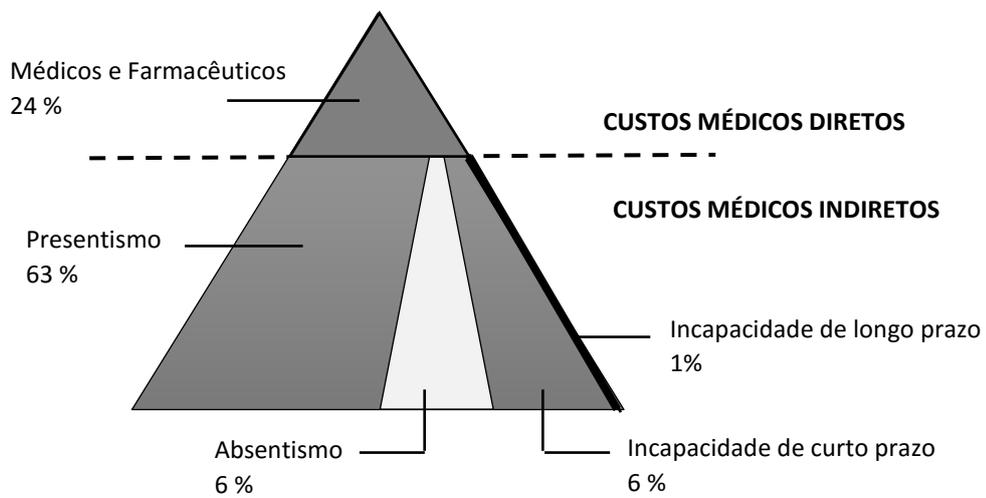
Neste sentido e como já referido no início deste trabalho, distinguem-se duas visões, a norte-americana e a europeia, uma mais preocupada com o impacto do presentismo na produtividade e economia das organizações e a outra mais debruçada sobre as questões da saúde e segurança no trabalho e das repercussões do presentismo nestas áreas.

Os estudos norte-americanos, que contribuíram em grande escala para uma maior e melhor compreensão do presentismo e suas consequências, têm vindo a demonstrar e de forma cada vez mais evidente, que os custos globais do presentismo são bastante mais representativos que os do absentismo e que este fenómeno é uma das principais causas de perda de produtividade das organizações (Hemp, 2004; Pedro, 2007; Schultz, Chen e Edington, 2009; Johns, 2010; Huver *et al.*, 2012).

Hemp, em 2004, quando trouxe o presentismo para o centro da discussão, defendeu que os seus custos, representados pela perda de produtividade de trabalho, por serem particularmente difíceis de medir e quantificar, são muitas vezes desvalorizados, passando mesmo despercebidos e traduzindo no fim enormes consequências para a economia das organizações. Segundo este autor, os diversos estudos desenvolvidos até então no contexto norte-americano para estimar os custos associados ao presentismo (em condicionantes específicas como a depressão ou a dor e em situações de doença em geral) demonstraram que estes são três vezes superiores aos custos associados ao absentismo, representando, de acordo com dados do *Journal of America Medical Association*, mais de 150 biliões de dólares por ano (Hemp, 2004).

Como refere Hemp (2004, p. 4) *“muitos empregadores não se apercebem, mas o presentismo (...) pode ser de longe mais dispendioso para as empresas que qualquer outro custo de saúde”* que estas possam ter (figura 4).

FIGURA 4: Custos diretos e indiretos em saúde



(Bank One, 2000, cit. por Hemp, 2004)

Assim, as organizações devem ter em conta não só os custos diretos em saúde como também os indiretos, sendo que estes se devem em grande parte ao fenómeno de presentismo (63%) e representam a maior fração das despesas totais em saúde (76%).

Outro aspeto a considerar no presentismo e seu impacto é que este fenómeno afeta tanto a quantidade como a qualidade do trabalho, colocando em risco não só a capacidade e celeridade de produção das organizações como também o resultado final dessa produção, ou seja, conduzindo muitas vezes a erros no desempenho das tarefas, erros esses com repercussões, mais ou menos graves, para as organizações e para as pessoas alvo do seu “produto” (Hemp, 2004; Admasachew e Dawson, 2011; Huver *et al.*, 2012).

Este último objeto de discussão encontra-se aliás bem presente na visão europeia, preocupada com as relações do presentismo com a saúde, presente e futura, dos trabalhadores e com as suas consequências para outros.

Deste modo e segundo uma visão mais europeia “as consequências do presentismo são consideráveis e vão desde a diminuição da qualidade de vida e do estado de saúde até ao aumento dos custos em saúde, efeitos desfavoráveis sobre colegas de trabalho, aumento do número de acidentes de trabalho e deterioração da qualidade do produto de trabalho” (Lalic e Hromin, 2012, p. 111).

Importa acrescentar que, na literatura do presentismo e nomeadamente no que se refere aos seus efeitos, surgem duas formas diferentes de analisar o conceito de presentismo, uma negativa (*sickness presenteeism*) e uma positiva (*positive presenteeism*).

Assim, interessa distinguir estas duas visões pois uma associa o presentismo a “*fracas condições de trabalho, a lideranças ineficazes e a instabilidade de trabalho/vida*” enquanto a outra defende que o presentismo “*significa entusiasmo de trabalho, elevada produtividade, elevada motivação e energia de trabalho*” (Lalic e Hromin, 2012; p. 112).

A literatura que se refere ao presentismo negativo ou *sickness presenteeism* defende que este constitui um fator de risco para doenças futuras e conseqüentemente também para maiores níveis futuros de absentismo, relacionando-o diretamente com um status de saúde baixo (Lalic e Hromin, 2012; Taloyan *et al.*, 2012).

Citando Taloyan *et al.* (2012, p. 2), com base em diversos estudos europeus desenvolvidos para clarificar se o *sickness presenteeism* é ou não fator de risco para doença futura, “*a falta de descanso necessário e de recuperação pode prolongar o curso de algumas doenças, e possivelmente conduzir a um maior risco de sequelas. Mais ainda, trabalhar estando doente poderá contribuir para uma acumulação da carga psicológica com conseqüências fisiopatológicas para o desenvolvimento de doenças a longo prazo*”.

Torna-se assim evidente que as conseqüências do presentismo, sejam elas negativas ou positivas, assumem enorme importância para as organizações e as pessoas que as integram, devendo ser cuidadosamente analisadas e consideradas.

Sanderson e Cocker (2013), nesta linha de reflexão e procurando facilitar a compreensão destes aspetos e da sua associação com o absentismo, sintetizaram as potenciais conseqüências negativas e positivas do presentismo e do absentismo (quadro 1).

QUADRO 1: Presentismo versus Absentismo: potenciais conseqüências positivas e negativas

	Potenciais conseqüências negativas	Potenciais conseqüências positivas
Presentismo	<ul style="list-style-type: none"> - Perda de produtividade - Diminuição coesão do trabalho de equipa - Acidentes - Insegurança de trabalho - Deterioração da saúde - Aumento do tempo de recuperação 	<ul style="list-style-type: none"> - Remuneração / Manutenção do trabalho - Alguma produtividade - Rotinas estruturadas - Apoio social - Melhoria de saúde
Absentismo	<ul style="list-style-type: none"> - Perda de produtividade - Perda de remuneração - Insegurança de trabalho - Perda de apoio social - Isolamento - Absentismo de longo prazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo para procurar tratamento - Encurtamento do tempo de recuperação - Melhoria de saúde - Conservação do emprego - Remoção dos fatores de stress - Coesão do trabalho de equipa

(Sanderson e Cocker, 2013)

Por último, interessa ainda salientar que o impacto e as consequências do presentismo serão diferentes consoante a realidade onde o fenómeno se desenvolve. Algumas condicionantes de saúde terão maior impacto no desempenho de determinadas tarefas e certas tarefas terão maior ou menor impacto no produto final, consoante as especificidades do mesmo. Ou seja, para trabalhos mais “físicos” as condicionantes de saúde desta ordem (p. ex. problemas músculo-esqueléticos) terão maior impacto no desempenho destas funções e para trabalhos mais “psicológicos” e de “raciocínio” as condicionantes de saúde mental (p. ex. depressão) serão mais limitativas para o desenvolvimento das tarefas neste âmbito (Hemp, 2004; Johns, 2010).

“Diferentes condições têm diferentes efeitos em diferentes trabalhos” (Hemp, 2004, p. 3) e, portanto, cada situação tem de ser cuidadosamente analisada no contexto onde se insere.

1.5. Estudo e Avaliação do Presentismo

As organizações, preocupadas com as avaliações económicas e conseqüentemente com as questões influenciadoras da sua produtividade, sempre se preocuparam com os níveis de absentismo, facilmente contabilizados pela presença ou ausência dos trabalhadores do seu posto de trabalho. No presentismo esta avaliação é muito mais complexa e difícil de concretizar pois prende-se com o desempenho dos trabalhadores e com o efeito de condicionantes de saúde de várias ordens sobre este.

Como refere Hemp (2004, p. 1) *“ao contrário do absentismo, o presentismo nem sempre é aparente: todos sabem quando alguém não aparece para trabalhar, mas dificilmente se sabe quando – ou quanto – uma doença ou condição de saúde está a dificultar o desempenho de alguém”*. Assim, por muito tempo os custos e consequências do presentismo passaram despercebidos devido em grande parte à dificuldade que sempre existiu em medi-lo (Schultz e Edington, 2007; Schultz, Chen e Edington, 2009; Ferreira *et al.* 2010; Terry e Xi, 2010; Paschoalin *et al.*, 2013).

No entanto, é hoje evidente que os custos associados ao presentismo representam uma importante fatia dos custos indiretos das organizações e por isso não podem nem devem ser desconsiderados pelas mesmas (Koopman *et al.*, 2002; Hemp, 2004; Schultz e Edington, 2007; Schultz, Chen e Edington, 2009).

Perante a certeza cada vez mais evidente de que o presentismo é uma realidade atual e crescente nos diversos setores de atividade, com efeitos significativos sobre a saúde e produtividade de trabalhadores e organizações, inúmeros estudos foram desenvolvidos com o objetivo de criar instrumentos que permitissem avaliar este fenómeno.

Assim, apesar da literatura sobre o presentismo ser relativamente recente, existem no momento inúmeros instrumentos de medida de presentismo, a maioria questionários de autopreenchimento.

De um modo geral os instrumentos de avaliação da perda de produtividade requerem que os indivíduos em estudo respondam a questões relacionadas com a sua saúde e de que forma esta tem afetado ou afetou a sua produtividade, podendo estes ser mais ou menos específicos em relação à condição de saúde a que se reportam (estado de saúde em geral ou condições específicas como enxaquecas, alergias ou depressões) (Johns, 2010).

Da mesma forma, enquanto alguns instrumentos avaliam o presentismo de forma positiva, em que maiores valores obtidos refletem uma melhor performance e produtividade, outros avaliam-no negativamente, sendo que a valores mais altos correspondem menores níveis de produtividade (Terry e Xi, 2010).

Seguidamente são apresentados, no quadro 2, alguns dos instrumentos mais utilizados na avaliação de perdas de produtividade e que se destacam na literatura do presentismo (Mattke *et al.*, 2007; Schultz, Chen e Edington, 2009).

Interessa ressaltar que os vários instrumentos mencionados no quadro 2 surgem de diferentes contextos e com objetivos distintos, dispondo de diferentes medidas de mensuração e avaliação do presentismo. Apesar de todos eles incluírem um ou mais itens desenvolvidos para avaliar este fenómeno, existem de facto instrumentos que se direcionam mais para os aspetos inerentes ao presentismo que outros.

Cabe ao investigador explorar, conhecer e selecionar o instrumento que mais se adequa aos objetivos e âmbito do estudo, tendo também em consideração as propriedades psicométricas do instrumento e a sua aplicabilidade e avaliação (Schultz e Edington, 2007).

QUADRO 2: Instrumentos que avaliam produtividade de trabalho e presentismo

Instrumento	Autor/ Ano	Nº itens	Período de avaliação	Avaliação	Caraterísticas
Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI)	Reilly, Zbrozek e Dukes (1993)	6	7 dias	Escala de 10 pontos De “sem efeito no trabalho” até “impedido de trabalhar por completo”	Avalia a perda de produtividade devido a problemas de saúde. Inclui, para além do presentismo, questões relacionadas com o absentismo e com atividades não profissionais. Existem diversas versões para aplicação em problemas de saúde específicos: WPAI – general health (WPAI-GH); WPAI – specific health problem (WPAI-SHP); WPAI – allergy specific (WPAI-AS); WPAI – gastrooesophageal reflux disease (WPAI-GERD).
Health and Labor Questionnaire (HLQ)	Roijen et al. (1996)	23	2 semanas	Varia consoante objetivos do estudo	Avalia o impacto das doenças e do seu tratamento nos trabalhadores. É constituído por quatro dimensões: Absentismo; Redução da produtividade; Trabalho não remunerado e Obstáculos à remuneração do trabalho. Inclui atividades laborais remuneradas e não remuneradas (como o trabalho doméstico).
Endicott Work Productivity Scales (EWPS)	Endicott e Nee (1997)	25	1 semana	Escala de 5 pontos De “nunca” até “quase sempre”	Avalia de que forma desordens de ordem psicológica, como a depressão ou a ansiedade, afetam o desempenho normal de trabalho e a eficácia de diferentes intervenções terapêuticas nesta área.

QUADRO 2: Instrumentos que avaliam produtividade de trabalho e presentismo (continuação)

Instrumento	Autor/ Ano	Nº itens	Período de avaliação	Avaliação	Caraterísticas
Angina-Related Limitations at Work Questionnaire (ALWQ)	Lerner et al. (1998)	17	4 semanas	Escala de 5 pontos De “não tive dificuldade” até “bastante difícil, não fui capaz de o fazer de todo”	Mede limitações de trabalho em indivíduos com angina de peito crónica estável. Abrange diversas áreas de limitação de trabalho incluindo físicas (velocidade), mentais (concentração) e emocionais (irritabilidade, stress).
Migraine Work and Productivity Loss Questionnaire (MWPLQ)	Lerner et al. (1999)	28	Episódios mais recentes	Perguntas diretas e escalas de 0 a 5 e de 0 a 6 pontos	Focado na enxaqueca como um problema de saúde com impacto no desempenho de trabalho. Mede as horas de trabalho perdidas e a perda de produtividade no trabalho (gestão de tempo, qualidade de trabalho, quantidade de trabalho, esforço físico, exigências interpessoais, esforço mental, fatores ambientais e impacto global). Apresenta duas escalas diferentes que refletem o grau de dificuldade no trabalho.
Health and Work Questionnaire (HWQ)	Shikiar et al. (2001)	24	1 semana	Escala de 10 pontos	Avalia as perdas de produtividade associadas a condicionantes de saúde ou a comportamentos pouco saudáveis. Foi inicialmente testado em trabalhadores que fumavam para avaliar o impacto deste hábito na produtividade. Inclui aspetos como produtividade, irritabilidade, capacidade de concentração, satisfação com o trabalho, satisfação com a supervisão e satisfação pessoal.

QUADRO 2: Instrumentos que avaliam produtividade de trabalho e presentismo (continuação)

Instrumento	Autor/ Ano	Nº itens	Período de avaliação	Avaliação	Caraterísticas
Work Limitations Questionnaire (WLQ)	Lerner et al. (2001)	25	2 semanas	Escala de 5 pontos De “nenhum tempo” até “todo o tempo”	Mede o grau em que as doenças crónicas e os seus tratamentos interferem com o desempenho no trabalho. Apresenta quatro dimensões: limitações de gestão de tempo; físicas; mentais- interpessoais e exigências de produção. A longo prazo permite uma avaliação financeira da “produtividade perdida”. Existem versões reduzidas do instrumento, com 16 (WLQ-16) e 8 (WLQ-8) itens.
Stanford Presenteeism Scale (SPS)	Koopman et al. (2002)	32	1 mês	Escala de 5 pontos De “discordo totalmente” até “concordo totalmente”	Avalia as perdas de produtividade associadas a duas variáveis: trabalho completado (TC) e distração evitada (DE). Inclui aspetos cognitivos, emocionais e de capacidade de concentração assim como a perceção dos trabalhadores quanto à sua saúde e capacidade de superar a distração e completar o trabalho, garantido a sua qualidade. Existem versões reduzidas do instrumento, com 13 (SPS-13) e 6 (SPS-6) itens.
Absenteeism and presenteeism questions of the World Health Organization’s Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)	Kessler et al. (2003)	11	Pode ser aplicado com referência a um período de: 1/2 anos ou 4 semanas ou 7 dias	Perguntas diretas e escala de 10 pontos De “pior desempenho de trabalho” até “melhor desempenho de trabalho”	Desenvolvido pela OMS para estimar os custos dos problemas de saúde para as organizações, em termos de prejuízo do desempenho dos trabalhadores. Esta versão (de 11 itens) reporta-se especificamente ao absentismo e ao presentismo.

QUADRO 2: Instrumentos que avaliam produtividade de trabalho e presentismo (continuação)

Instrumento	Autor/ Ano	Nº itens	Período de avaliação	Avaliação	Caraterísticas
Health-Related Productivity Questionnaire Diary (HRPQ-D)	Kumar et al. (2003)	9	Dia a dia de trabalho	Perguntas diretas e escala de 4 pontos	Avalia as horas de trabalho concluído ou perdido, avaliando depois a eficácia do tempo de trabalho desenvolvido. O instrumento apresenta um formato de “diário”.
Rheumatoid Arthritis Work Instability Scale (RA-WIS)	Gilworth et al. (2003)	23	Dia a dia de trabalho	Escala de 23 pontos “Sim” (1 ponto) ou “Não” (0 pontos)	Avalia o nível de instabilidade no trabalho, sendo esta o resultado de uma incompatibilidade entre a capacidade funcional do indivíduo e as suas tarefas, que assim o colocam em risco de incapacidade para o trabalho. Apesar de originalmente desenvolvido em indivíduos com artrite reumatóide, foi já validado em populações com outros problemas de saúde demonstrando boas propriedades psicométricas.

De todos estes instrumentos que permitem avaliar o presentismo, a versão reduzida de 6 itens da Stanford Presenteeism Scale (SPS-6) destaca-se por medir exclusivamente fenómenos de presentismo e dispor de evidência que suporta as suas propriedades psicométricas, tendo sido avaliado em várias populações e demonstrando níveis aceitáveis de validade e confiabilidade (Koopman *et al.*, 2002; Ferreira *et al.*, 2010; Martinez e Ferreira, 2012; Laranjeira, 2013; Paschoalin *et al.*, 2013; Palha, 2014).

Para além disso, a SPS-6 é “considerado um instrumento de simples aplicação” (Paschoalin *et al.*, 2013, p. 389), muito útil para avaliar o desempenho dos trabalhadores, nomeadamente a sua capacidade de concentração e de cumprimento da totalidade das tarefas quando condicionados por algum problema de saúde (Koopman *et al.*, 2002).

A SPS-6 é composta por um questionário de autopreenchimento, simples e curto, com apenas seis itens, avaliados numa escala de Likert de 5 pontos (de “discordo totalmente” até “concordo totalmente”) (Martinez e Ferreira, 2012).

Como já apresentado no quadro 2, a SPS-6 contém duas dimensões: TC - “trabalho completado” (itens 2, 5 e 6) e DE - “distracção evitada” (itens 1, 3 e 4), que representam a capacidade dos trabalhadores de completar as tarefas exigidas e de se manterem concentrados apesar dos efeitos que possam advir do presentismo. De referir que na dimensão DE os scores obtidos dos seus itens devem ser contabilizados de forma inversa (Koopman *et al.*, 2002; Ferreira *et al.*, 2010; Martinez e Ferreira, 2012; Laranjeira, 2013).

A SPS-6 tem como base um conceito positivo de presentismo em que este reporta um “compromisso ativo do indivíduo para com o seu trabalho” (Koopman *et al.*, 2002, p. 15). Neste sentido, scores elevados referentes a maiores níveis de presentismo são representativos de melhor desempenho no trabalho e maior nível de produtividade.

Seja qual for o instrumento selecionado para o estudo do presentismo e tendo em consideração o que já anteriormente foi referido acerca do âmbito do estudo a desenvolver e dos objetivos que o investigador procura atingir, os resultados encontrados com o recurso a um qualquer instrumento devem ser sempre interpretados de forma cuidadosa uma vez que diferentes questionários medem diferentes aspetos do presentismo (Schultz e Edington, 2007).

Cabe assim aos responsáveis das instituições e aos profissionais da saúde ocupacional a responsabilidade de procurar formas adequadas e fundamentadas que permitam a identificação e avaliação do nível de presentismo e seus riscos entre os trabalhadores.

No capítulo seguinte será feita a abordagem ao presentismo enquanto fenómeno real dos contextos de trabalho atuais, mais concretamente no âmbito dos contextos de trabalho em enfermagem, mundiais e nacionais, uma vez que esta é uma das profissões com maior propensão para o presentismo (Letvak, Ruhm e Gupta, 2012; Martinez e Ferreira, 2012; Paschoalin, Griep e Lisboa, 2012; Umann, Guido e Grazziano, 2012; Palha, 2014).

Posteriormente, será também analisado o papel dos responsáveis em saúde e nomeadamente da saúde ocupacional perante o fenómeno do presentismo e seus riscos para enfermeiros e utentes e por último serão consideradas e apresentadas algumas estratégias de intervenção a adotar para reduzir e/ou eliminar os riscos associados ao presentismo, no âmbito da promoção e manutenção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

2. O PRESENTISMO E A ENFERMAGEM

O presentismo não é exclusivo de nenhuma atividade profissional ou contexto específico de trabalho, podendo ocorrer, como resultado de diversos e complexos fatores já antes referenciados, em qualquer realidade laboral.

No entanto, na literatura sobre o presentismo dois grupos profissionais têm-se salientado pelo maior risco e propensão para a ocorrência deste fenómeno, sendo estes os profissionais da educação e os profissionais de saúde (Rantanen e Tuominen, 2011; Martinez e Ferreira, 2012; Palha, 2014; Rhodes e Collins, 2015). Como refere Rhodes e Collins (2015, p. 27) *“a investigação sugere que o risco de presentismo nos profissionais de saúde e de educação pode ser mais do quádruplo do que noutras áreas profissionais”*.

Por sua vez, dos profissionais de saúde, os enfermeiros têm-se destacado na literatura do presentismo, com diversos estudos a corroborarem a predisposição que esta classe profissional apresenta para este fenómeno, devido a inúmeras e complexas condições inerentes à profissão em si (Letvak, Ruhm e Gupta, 2012; Martinez e Ferreira, 2012; Paschoalin, Griep e Lisboa, 2012; Umann, Guido e Grazziano, 2012; Palha, 2014).

De facto, numa realidade cada vez mais marcada por preocupações económicas e financeiras, *“os hospitais encontram-se debaixo de grande pressão para fornecer cuidados de saúde de alta qualidade, apesar da diminuição das receitas e da incerteza em torno das reformas legislativas em saúde. Como principais e maioritários cuidadores nos hospitais, os enfermeiros são cruciais para estes esforços”* (Letvak, Ruhm e Gupta, 2012, p. 30).

Esta é aliás cada vez mais a realidade da prática diária dos enfermeiros, seja qual for o âmbito da sua atuação, simultaneamente com as exigências físicas e psicológicas inerentes a uma profissão que visa responder às diversas e complexas necessidades em saúde das pessoas, com toda a responsabilidade que isso transporta (Letvak, Ruhm e Gupta, 2012; Martinez e Ferreira, 2012; Umann, Guido e Grazziano, 2012; Palha, 2014).

A isto acrescentam ainda fatores de stress como a elevada carga horária, a rotatividade de turnos, a diversidade de tarefas, a falta de recursos, o sentido de dever para com as tarefas e equipa de trabalho e cada vez mais a “cobrança” por uma maior produtividade em menor tempo de trabalho (Borges, 2012; Paschoalin, Griep e Lisboa, 2012; Umann, Guido e Grazziano, 2012; Laranjeira, 2013).

Como refere Paschoalin, Griep e Lisboa (2012, p. 306) *“a enfermagem é uma profissão com características próprias e bem específicas, exigindo dos profissionais, em seu cotidiano de trabalho, esforço físico, mental e psicológico, demandando conhecimento técnico-científico, controle emocional, boa saúde e extrema responsabilidade”*.

Todos estes aspectos, inerentes aos contextos de trabalho de enfermagem, constituem fatores influenciadores da saúde e bem-estar dos enfermeiros e são também cruciais no momento da decisão de ir ou não trabalhar perante uma qualquer (mais ou menos grave) condicionante de saúde.

Por outro lado, sejam quais forem os fatores que estão na base da decisão de cada enfermeiro, quando estes traduzem no final fenómenos de presentismo, existem inevitavelmente consequências para a saúde de enfermeiros, colegas de trabalho e utentes. Como refere Laranjeira (2013, p. 645), o presentismo em profissionais de enfermagem *“coloca enfermeiros e equipa de trabalho, pacientes e suas famílias em risco, não apenas de contágio da sua doença mas dos efeitos da redução da sua atenção e do aumento do potencial para cometer erros”*.

Neste sentido, ao irem trabalhar doentes ou com limitações, os enfermeiros poderão estar também a colocar em risco a saúde e bem-estar das pessoas alvo dos seus cuidados (Letvak, Ruhm e Gupta, 2012; Paschoalin, Griep e Lisboa, 2012; Umann, Guido e Grazziano, 2012).

2.1. Presentismo em Enfermagem: Visão Global

Diversos estudos, em diferentes conjunturas, têm vindo a ser desenvolvidos para analisar o presentismo em enfermeiros, sendo transversal a todos a importância que os contextos de trabalho detêm sobre o fenómeno e por este mesmo motivo a relevância que estes têm vindo a assumir nas profissões de saúde e nomeadamente na enfermagem.

De entre os diversos resultados encontrados destacamos os de Letvak, Ruhm e Gupta (2012), obtidos em contexto hospitalar norte-americano no ano de 2012, que apontaram os problemas músculo-esqueléticos e a depressão como as principais causas de presentismo em enfermeiros e consequentemente de perda de produtividade nesta classe, destacando também o peso (negativo) que o presentismo pode ter na qualidade dos cuidados prestados por estes profissionais.

Também Umann, Guido e Grazziano (2012), através de um estudo desenvolvido num hospital brasileiro, concluíram que as limitações de ordem física são *“responsáveis pela maior perda de produtividade e por afetar a saúde dos enfermeiros”*, sendo que *“quanto mais afetada a saúde física dos enfermeiros pior a saúde psicológica, e a capacidade para o trabalho reduz-se consideravelmente”* (Umann, Guido e Grazziano, 2012, p. 6-7).

Paschoalin, Griep e Lisboa (2012), por sua vez, apresentaram na sua revisão integrativa os principais resultados de vários estudos decorridos entre março de 2010 e janeiro de 2011, concluindo que todos os estudos abordam a sobrecarga física e mental inerente à profissão de enfermagem e o seu relevo para a ocorrência de presentismo, sendo que *“os resultados das pesquisas, ao mostrarem que o presentismo é mais frequente entre mulheres e está associado também aos baixos salários, reforçam a ocorrência do fenómeno na enfermagem que é uma profissão predominantemente feminina e mal remunerada”* (Paschoalin, Griep e Lisboa, 2012, p. 310).

De uma forma geral e apesar desta ser ainda uma área de investigação relativamente recente, todos os estudos supracitados evidenciam a pertinência, atualidade e universalidade da temática do presentismo na enfermagem.

De facto, a enfermagem é cada vez mais uma profissão de múltiplas e complexas exigências, acarretando para os enfermeiros grande desgaste físico e psicológico e

refletindo também uma enorme responsabilidade sobre a saúde e bem estar de outros. Como resultado, diversas associações, em diferentes contextos, têm sido feitas entre o presentismo e a enfermagem.

No entanto, dada a complexidade do fenómeno de presentismo, da enfermagem e do ser humano em si, cada realidade deve ser cuidadosamente analisada à luz da conjuntura onde se insere e das particularidades inerentes a cada contexto.

2.2. Presentismo em Enfermagem: A Realidade Portuguesa

À semelhança do que está a acontecer em diversos países e por motivos económicos e sociais, os enfermeiros portugueses têm enfrentado na atualidade inúmeros e exigentes desafios enquanto respondem a múltiplas e complexas necessidades em saúde de utentes, famílias e comunidade e contribuem para os objetivos e metas das diferentes organizações de saúde que integram, com cada vez mais exigências de produtividade, rigor e compromisso e cada vez menos recursos e incentivos financeiros.

Em Portugal os enfermeiros constituem o grupo profissional de saúde mais numeroso, sendo que a 31 de Dezembro de 2014 encontravam-se no ativo e em território nacional 66 340 enfermeiros (OE, 2015 a). No entanto, enquanto que o rácio de enfermeiros por 1000 habitantes na Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) é de 8,60; em Portugal este é de apenas 6,28 (OE, 2015 a).

Se considerarmos as características sociodemográficas dos enfermeiros portugueses no ativo, referentes ao mesmo período de tempo, verificamos que 54 274 (81,8%) destes é do sexo feminino e 12 066 (18,2%) do sexo masculino; que a maioria tem idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos de idade e que o meio hospitalar constitui o principal setor de atividade dos enfermeiros (51%), seguido dos cuidados de saúde primários (CSP) (11,4%) (OE, 2015 a).

Quanto aos contextos de trabalho da enfermagem em Portugal e no seguimento do que se verifica atualmente em tantas outras classes profissionais portuguesas, é de salientar que *“o quadro de recessão económica global parece estar a ter um impacto significativo sobre a saúde e segurança do trabalhador e quanto às condições de trabalho em geral”* (DGS, 2013, p. 9).

De facto, desde o ano de 2008, quando o mundo foi atingido por uma grave recessão económica e financeira (Departamento de Informação das Nações Unidas, 2008), que profundas alterações foram feitas nos vários setores das administrações públicas de diversos países, destacando-se os cortes financeiros nos setores da saúde. Neste âmbito e como defende a European Federation of Nurses Associations (EFN), a crise financeira nos países europeus teve consequências óbvias para a enfermagem na Europa, assistindo-se a uma redução do número de enfermeiros contratados e a cortes salariais nestes profissionais, com *“comprometimento da qualidade dos cuidados prestados e da segurança dos utentes”* (EFN, 2012, p. 2).

Portugal, por sua vez, integra a lista dos países mais afetados pela crise económica e financeira, com profundas alterações nos modelos de gestão em saúde e onde a enfermagem tem sido bastante sacrificada, com cortes em recursos humanos, físicos e materiais, exigindo-se cada vez mais dos enfermeiros portugueses (Mendes e Mantovani, 2010; EFN, 2012). Um estudo de satisfação desenvolvido pela OE da Secção Regional do Norte aos seus membros revelou que a carreira, o desemprego, a remuneração, o reconhecimento, a afirmação profissional, a precariedade, a falta de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho, constituem, por ordem decrescente, os principais problemas que os enfermeiros enfrentam no presente e que espelham a multiplicidade e complexidade das dimensões da vida no trabalho destes profissionais” (OE, 2009).

Assim, a atualidade dos contextos de trabalho da enfermagem em Portugal traduz ainda uma grande incerteza e precariedade, traduzindo uma *“empresarialização do sistema de saúde português, com efeitos claros no cotidiano de trabalho”* dos enfermeiros e um *“fraco reconhecimento social da profissão”* (Mendes e Mantovani, 2010, p. 213).

Por outro lado, sabemos que a profissão de enfermagem transporta por si só inúmeras exigências técnico científicas e também físicas e psicológicas. Como refere a OE (2015 b, p. 11) a *“enfermagem alicerça o seu conhecimento específico tendo como base a fundamentação científica da disciplina e, ainda, através da interseção de várias áreas do saber, como a ética, a moral e os textos legislativos que regulamentam a profissão”*.

Interessa aliás salientar esta última referência aos *textos legislativos que regulamentam a profissão* pois as exigências atribuídas à profissão de enfermagem e o sentido de compromisso, dever e responsabilidade para com utentes e colegas de trabalho, tantas vezes referidos na literatura do presentismo como fatores promotores do fenómeno entre enfermeiros, estão eles próprios implícitos nestes mesmos textos legislativos e na própria identidade da profissão de enfermagem.

Senão vejamos algumas das disposições presentes no Estatuto da OE, nomeadamente no que se refere ao capítulo da Deontologia profissional (VI), ou seja, ao Código Deontológico do enfermeiro.

Nos princípios gerais do artigo 99.º são apresentados os valores universais a observar na relação profissional, sendo estes:

- “a) A igualdade;*
- b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;*
- c) A verdade e a justiça;*
- d) O altruísmo e a solidariedade;*
- e) A competência e o aperfeiçoamento profissional” (OE, 2015 b, p. 80).*

E também os princípios orientadores da prática de enfermagem, como sendo:

- “a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;*
- b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;*
- c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais” (OE, 2015 b, p. 81).*

O artigo 100.º, por sua vez, enuncia os deveres deontológicos dos enfermeiros em geral, dos quais destacamos:

- “ a) Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão;*
- b) Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (OE, 2015 b, p. 81).*

Por último, interessa também destacar alguns dos deveres do enfermeiro referentes ao direito ao cuidado na saúde ou doença, inseridos no artigo 104.º:

- “a) Corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento; (...)*
- d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas;*
- e) Manter-se no seu posto de trabalho enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade de cuidados” (OE, 2015 b, p. 83).*

Conhecendo estas e outras diretivas referentes à profissão de enfermagem em Portugal e à sua conduta, torna-se clara a importância e pertinência do estudo do presentismo neste

contexto uma vez que os próprios referenciais teóricos da profissão podem, em algum momento, relacionar-se com os comportamentos de presentismo.

Para além disso e como já referido, acresce a instabilidade financeira que se vive em Portugal e em concreto na profissão de enfermagem, concomitantemente com a precariedade contratual que também se verifica no contexto português e nesta área profissional em particular (Mendes e Mantovani, 2010).

Neste sentido, a decisão do enfermeiro de permanecer em casa a recuperar de uma qualquer doença ou limitação e ficar assim privado de parte da sua remuneração ou pior, ficar perante uma situação de chantagem e/ou pressão por parte da entidade empregadora, não é assim tão fácil ou simples como pode parecer.

Em Portugal, a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas decreta no artigo 15.º, referente às faltas por doença, que:

“(…) 2 - Sem prejuízo de outras disposições legais, a falta por motivo de doença devidamente comprovada determina:

a) A perda da totalidade da remuneração diária nos primeiro, segundo e terceiro dias de incapacidade temporária, nas situações de faltas seguidas ou interpoladas;

b) A perda de 10 /prct. da remuneração diária, a partir do quarto dia e até ao trigésimo dia de incapacidade temporária. (...)

4 - A aplicação da alínea b) do n.º 2 depende da prévia ocorrência de três dias sucessivos e não interpolados de faltas por incapacidade temporária nos termos da alínea a) do mesmo número.

5 - A falta por motivo de doença nas situações a que se refere a alínea a) do n.º 2 não implica a perda da remuneração base diária nos casos de internamento hospitalar, faltas por motivo de cirurgia ambulatória, doença por tuberculose e doença com início no decurso do período de atribuição do subsídio parental que ultrapasse o termo deste período.

6 - As faltas por doença descontam na antiguidade para efeitos de carreira quando ultrapassem 30 dias seguidos ou interpolados em cada ano civil.

7 - O disposto nos n.os 2 a 6 não se aplica às faltas por doença dadas por pessoas com deficiência, quando decorrentes da própria deficiência.

8 - As faltas por doença implicam sempre a perda do subsídio de refeição. (...)” (Lei n.º 35/2014, p. 3222).

Quanto aos enfermeiros que não pertencem à função pública e que exercem a profissão por conta de outrem ou de forma independente, estes são abrangidos pelo regime de Subsídio de Doença da Segurança Social que atribui uma prestação em dinheiro ao “beneficiário para compensar a perda de remuneração, resultante do impedimento temporário para o trabalho, por motivo de doença” (Direção-Geral da Segurança Social, 2015, p. 1).

O cálculo desta prestação é feito “*pela aplicação de uma percentagem à remuneração de referência do beneficiário*” que “*varia em função da duração e da natureza da doença*”, sendo que até 30 dias a percentagem de remuneração de referência é de 55%; de 31 a 90 dias é de 60%; de 91 a 365 dias é de 70% e por fim quando a duração da doença é superior a 365 dias a remuneração de referência é de 75% (Direção-Geral da Segurança Social, 2015, p. 2).

Sabendo que a literatura do presentismo tem demonstrado que o fenómeno está mais associado a doenças de menor gravidade e/ou urgência e portanto a doenças que exigem um período de recuperação que não se espera demasiado prolongado (Hemp, 2004), é compreensível que possa existir alguma apreensão por parte dos enfermeiros perante a possibilidade de perderem a totalidade ou grande parte da sua remuneração diária por ficarem em casa em vez de irem trabalhar.

Em suma, os documentos legislativos que regulam a profissão de enfermagem, aliados à consciência do enfermeiro enquanto pessoa, com pensamentos, sentimentos e ações próprias; à sua situação contratual e financeira e à ética e à moral que vigora em cada contexto e situação, são peças chave para a compreensão de todo o processo de decisão por que os enfermeiros passam quando estão doentes ou com alguma limitação e que termina eventualmente em presentismo.

Em Portugal, apesar do crescente interesse que se tem verificado sobre o presentismo e sobre o seu papel nos contextos de trabalho, a literatura sobre esta temática é ainda bastante recente.

Não obstante este facto, existem já alguns estudos relevantes nesta área que têm contribuído para o aumento do conhecimento sobre os fatores inerentes ao presentismo e sobre os fatores inerentes ao presentismo no contexto da enfermagem em Portugal.

Martinez e Ferreira (2012), num contexto hospitalar português, estudaram os fatores do presentismo em enfermeiros, sendo que o stress e a ansiedade traduziram as condicionantes psicológicas mais prevalentes e as lombalgias e as infeções respiratórias as condicionantes de saúde física mais comuns. Estes autores referiram ainda que os profissionais de enfermagem sentem-se muitas vezes forçados a ir trabalhar mesmo estando doentes devido ao sentido de lealdade para com utentes e colegas de equipa e ao sentido de responsabilidade perante a vulnerabilidade e fragilidade de quem necessita dos seus cuidados.

Palha (2014), por sua vez, estudou também o presentismo em enfermeiros da região norte de Portugal, concluindo que o fenómeno existe e que apesar dos resultados indicarem que este não impede os enfermeiros de completarem o seu trabalho, o mesmo não se pode afirmar da sua capacidade de concentração e conseqüente qualidade dos cuidados prestados, verificando-se assim *“um maior comprometimento psicológico do que físico”* (Palha, 2014, p. 79). De relevar também que este estudo apontou os enfermeiros mais novos e inexperientes como aqueles com maior risco de presentismo e as *“cefaleias/enxaquecas, o stress, a ansiedade e a depressão”* como os problemas de saúde mais comuns no fenómeno do presentismo (Palha, 2014, p. 82). Perante os resultados encontrados, o estudo demonstra ainda *“que trabalhadores que desempenham a mesma função e com o mesmo padrão de problemas de saúde apresentam diferentes valores de presentismo”* o que é representativo da importância que outros fatores, como as características pessoais e familiares dos trabalhadores, assumem no fenómeno do presentismo (Palha, 2014, p. 84).

Posto isto, importa salientar a importância de direccionar esforços para identificar e minimizar os eventuais riscos do presentismo para enfermeiros e utentes, tendo as instituições de saúde portuguesas e nomeadamente os responsáveis da saúde ocupacional, um importante papel a assumir em todas estas questões.

2.3. O Papel das Instituições Empregadoras e dos Serviços de Saúde Ocupacional

A saúde é um bem essencial do ser humano e deve ser preservada como tal, não esquecendo o peso que os ambientes de trabalho detêm neste contexto e conseqüentemente o papel que se exige aos governantes e responsáveis em saúde nesta área.

Como refere a OMS (2010, p. 1) *“a segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores são preocupações vitais de centenas de milhões de profissionais em todo o mundo, mas a questão se estende para além dos indivíduos e suas famílias. Ela é de suprema importância para a produtividade, competitividade e sustentabilidade das empresas e comunidades, assim como para as economias nacionais e regionais”*.

Uma vez que o conceito de saúde não se refere apenas à ausência de doença, mas antes a um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 2010), a promoção de um ambiente de trabalho saudável comporta muito mais que apenas a manutenção de condições físicas, ou o desenvolvimento de ações de prevenção pontuais, ou mesmo a disponibilização de condições remuneratórias favoráveis, entre outras. Para que se criem e mantenham ambientes de trabalho saudáveis é necessário que haja um esforço conjunto, em torno de um objetivo comum, que tenha por base ações de efetiva e continuada promoção da saúde, na globalidade das suas dimensões.

Neste sentido, surge em 1994 a Declaração de Saúde Ocupacional para Todos que veio reconhecer *“a necessidade urgente de desenvolver a Saúde Ocupacional num momento em que as rápidas mudanças no mundo do trabalho estavam a afetar a saúde dos trabalhadores e a saúde ambiental em todos os países do mundo, recomendando-se a elaboração de uma estratégia global neste âmbito”* (DGS, 2013, p. 11).

Assim sendo e perante os desafios que a declaração supracitada levantou, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) tem vindo a desenvolver importantes convenções e recomendações na área da saúde, higiene e segurança no trabalho de forma a auxiliar e conduzir os países para uma *“Saúde no Trabalho para Todos”* (OE, 2014, p. 3).

De entre as acções desenvolvidas neste âmbito,

“A Duodécima Sessão da Comissão Conjunta OIT/OMS acerca da Saúde no Trabalho reviu a definição de saúde no trabalho em 1995 (anteriormente acordada em 1950) para se centrar sobretudo em três objectivos-chave:

- 1. A manutenção e promoção da saúde e capacidade de trabalho dos trabalhadores.*
- 2. A melhoria do ambiente de trabalho e trabalho conducente à existência de saúde e segurança; e*
- 3. O desenvolvimento da organização do trabalho e cultura de trabalho num sentido que sustente a saúde e segurança no trabalho e, ao fazê-lo, promover um clima social positivo e um funcionamento fluido, que poderá melhorar a produtividade do empreendimento”* (OE, 2014, p. 3).

Em 2007, a OMS elaborou o Plano de Ação Global para a Saúde dos Trabalhadores para os anos de 2008 a 2017, definindo objetivos concretos no âmbito da saúde ocupacional

para que os países possam implementar políticas e planos nacionais que permitam alcançar esses mesmos objetivos (DGS, 2013, p. 12).

Já em 2008, no âmbito do XVIII Congresso Mundial sobre Segurança e Saúde no Trabalho, organizado conjuntamente pela OIT, pela Associação Internacional da Segurança Social (AISS) e pela Agência Coreana para a Segurança e Saúde no Trabalho (KOSHA), surge a Declaração de Seul, que veio (re)afirmar *“que um ambiente de trabalho seguro e saudável é um direito humano fundamental”* (OMS, 2010, p. 4) e portanto todos os trabalhadores devem dispor de condições de trabalho favoráveis para o desempenho das suas funções, sem que estas coloquem em risco a sua saúde.

Se considerarmos 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”* (OMS, 2010, p. 6), então torna-se ainda mais evidente que o papel das instituições empregadoras deve assentar na procura de uma colaboração conjunta com trabalhadores e também com profissionais de saúde ocupacional, visando a aplicação de medidas que permitam uma efectiva e continuada promoção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

Neste sentido, as instituições empregadoras devem ter em consideração alguns princípios norteadores como os apresentados pela OMS:

- “a) Os custos de prevenção versus os custos resultantes de acidentes;*
- b) Consequências financeiras das violações jurídicas de leis e normas de segurança e saúde no trabalho;*
- c) Saúde dos trabalhadores como importante património da empresa”* (OMS, 2010, p. 4).

Para além destes princípios, o quadro de referência da Diretiva do Conselho das Comunidades Europeias

“define as responsabilidades do empregador no que respeita a proporcionar toda a informação necessária acerca dos riscos relativos à saúde e segurança, bem como acerca das medidas de protecção e prevenção necessárias (Artigo 10), a obrigação de consultadoria e participação dos trabalhadores na saúde e segurança (Artigo 11), a responsabilidade do empregador em proporcionar formação (Artigo 12) e vigilância da saúde (Artigo 14)” (OE, 2014, p. 13).

À saúde ocupacional e seus profissionais exige-se, por sua vez, que desenvolvam *“esforços para manter a capacidade de trabalho, prevenir a incapacidade, promover a reabilitação precoce e dar resposta a todos os factores que têm impacto na saúde da população ativa”* (OE, 2014, p. 3-4).

Como defende a OE (2014, p. 4) *“reconhece-se que as autoridades do Estado, ou as agências de inspeção e execução, por si sós, não conseguem dar resposta a estes problemas, mas as agências do governo, indústria, sindicatos, trabalhadores e profissionais de saúde têm de estar envolvidos numa abordagem de parceria”*.

Neste contexto, a saúde ocupacional tem vindo a assumir um papel de relevo, uma vez que a sua intervenção ao nível da prevenção de riscos profissionais e da promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como da qualidade de vida e bem-estar (físico, psicológico e social) destes, alcança um fim maior que é o desenvolvimento social e económico das organizações e dos países (DGS, 2013).

De facto, é cada vez mais aceite e comprovado que as condições de trabalho influenciam a saúde e, conseqüentemente, a produtividade dos trabalhadores, sendo fundamental que se continue a investir na saúde ocupacional e suas prioridades de forma a assegurar os direitos dos trabalhadores e a promover ambientes de trabalho seguros e saudáveis (DGS, 2013, p. 10).

Perante os desafios do presentismo e o que estes representam para as pessoas e para as organizações, exige-se destas mesmas organizações uma atitude que conduza à adoção de estratégias que permitam reduzir os riscos associados ao fenómeno do presentismo.

Se nos focarmos na enfermagem em Portugal, podemos aferir que ainda há um grande trabalho a desenvolver junto dos profissionais e nos seus contextos de trabalho, sendo que, como foi já referido neste trabalho, a enfermagem é das profissões com maior predisposição para o presentismo e as conseqüências das suas ações afetam não só a sua saúde como a de outros.

De facto, as instituições de saúde, como empregadoras, devem procurar, em colaboração com equipas multidisciplinares de saúde ocupacional, estratégias que respeitem a legislação nacional em vigor e sigam as orientações nacionais e internacionais de boas práticas no âmbito da saúde ocupacional, promovendo assim contextos de trabalho de enfermagem seguros e saudáveis, com a compreensão da globalidade das dimensões que isso comporta.

Não se pode pedir aos enfermeiros que trabalhem sob quaisquer circunstâncias ou que, no momento de *aperto económico* das instituições de saúde, estas remetam para estes profissionais a responsabilidade maior de assegurar os cuidados de saúde à população, esquecendo muitas vezes a parte humana e pessoal dos enfermeiros, esquecendo mais

vezes ainda a importância que os contextos de trabalho detêm sobre a saúde dos profissionais e esquecendo até as consequências futuras que estes *esquecimentos* transportam.

O presentismo poderá sem dúvida ser uma dessas consequências, com inúmeras outras que poderão surgir como resultado do presentismo em si.

Como refere a DGS, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) 2013/2017, *“o direito dos trabalhadores a um ambiente de trabalho saudável (...) não deve apenas vigorar em tempos mais prósperos e um esforço adicional é necessário para que este direito não fique comprometido em tempo de restrições financeiras”* (DGS, 2013, p. 10).

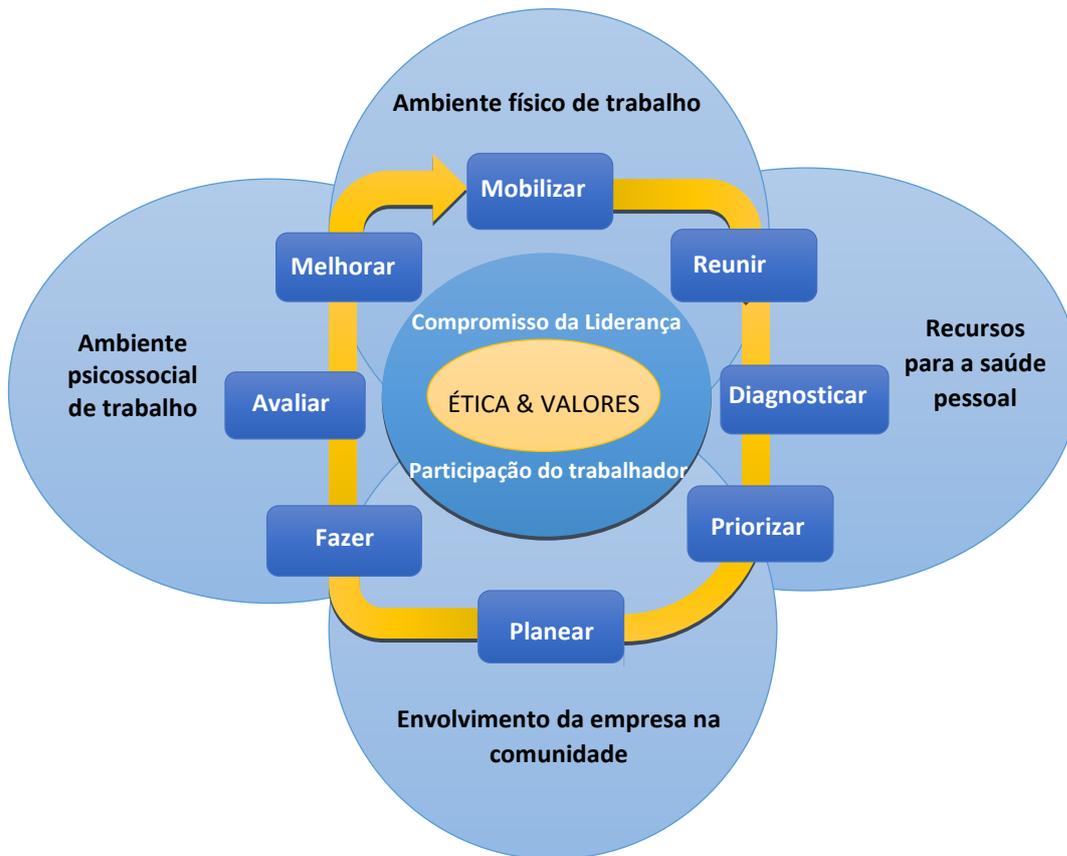
Assim, para além de controlar e gerir os riscos físicos, químicos, biológicos ou psicossociais inerentes aos contextos de trabalho de enfermagem, as instituições de saúde, através da equipa de saúde ocupacional, devem direccionar esforços também para a motivação laboral, para a realização pessoal e profissional e para a identificação e avaliação de fenómenos como o absentismo e o presentismo.

A saúde ocupacional, representada por uma equipa multidisciplinar, com competências próprias e formação adequada, deve assim considerar todas as medidas e recursos úteis para prevenir a ocorrência de falta de saúde devida ao trabalho e aos contextos de trabalho (OE, 2014).

O modelo de ambiente de trabalho saudável da OMS: vias de influência, processo, e princípios essenciais, constitui neste âmbito uma ferramenta útil para os serviços de saúde ocupacional que procuram não apenas identificar e tratar trabalhadores que ficaram doentes mas que se preocupam antes com questões mais amplas e complexas que integram uma verdadeira e efectiva promoção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

Este modelo expõe as principais áreas a mobilizar para a criação de ambientes de trabalho saudáveis, constituindo uma base de ação para as organizações que procuram implementar estratégias de promoção da saúde e segurança no trabalho e consequentemente de redução dos riscos associados ao presentismo (figura 5).

FIGURA 5: Modelo de ambiente de trabalho saudável da OMS: vias de influência, processo, e princípios essenciais



(OMS, 2010)

Seguindo o modelo, verificamos que as quatro áreas de intervenção (ambiente físico, psicossocial, envolvimento na comunidade e recursos para a saúde pessoal) apresentam características próprias e passíveis de intervenções distintas que visem a promoção e manutenção da saúde e segurança no trabalho, sobrepondo-se no entanto também no centro do que se pretende que seja o compromisso da liderança e a participação do trabalhador enquanto se respeitam a ética e os valores que deverão reger todo o trabalho conjunto em torno do bem comum de trabalhadores e organizações (OMS, 2010).

O ambiente físico deve ser alvo de atenção por parte de responsáveis e profissionais da saúde ocupacional enquanto responsável pela segurança e saúde física dos trabalhadores, traduzindo muitas vezes riscos de incapacidade física (parcial ou total, temporária ou permanente) que *“ainda hoje (...) continuam ameaçando as vidas dos trabalhadores diariamente, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento”* (OMS, 2010, p. 9). Assim, as estratégias devem passar pela identificação precoce dos riscos físicos existentes (equipamentos e materiais, substâncias e produtos químicos, ...) de forma a

eliminá-los ou substituí-los, controlá-los e/ou preveni-los através da disponibilização e incentivo ao uso de equipamento de proteção individual adequado à função exercida (no caso dos enfermeiros, referimo-nos por exemplo ao uso de luvas, de vestuário próprio, de materiais com dispositivos de segurança de proteção de agulhas, entre outros) (OMS, 2010).

O ambiente psicossocial, por sua vez, traduz a cultura implementada e seguida pelas organizações, com valores, crenças e práticas que acarretam por vezes riscos para a saúde mental e física dos trabalhadores enquanto promotoras de fatores de stress no local de trabalho (OMS, 2010). *“Perigos psicossociais devem ser abordados da mesma maneira que os perigos do ambiente físico do trabalho embora utilizando-se ferramentas diferentes”* e por isso considerando e atuando sobre aspectos não físicos como o assédio e a discriminação; o conflito trabalho família e família trabalho ou os conflitos entre colegas de trabalho ou entre trabalhadores e supervisores (OMS, 2010, p. 11).

Quanto aos recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho, é cada vez mais aceite e difundido que o ambiente de trabalho representa um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, devendo ser aproveitado como tal (OMS, 2010). As estratégias podem incluir a disponibilização de *“serviços de saúde, informação, treinamento, apoio financeiro, instalações, políticas de apoio, programas promocionais e flexíveis para permitir e incentivar os trabalhadores a adotarem práticas de estilo de vida saudáveis”* (OMS, 2010, p. 13).

Por último, o envolvimento das organizações na comunidade não pode deixar de constituir também um pilar importante para a construção de um ambiente de trabalho saudável uma vez que, como refere a OMS (2010, p. 13) *“as empresas exercem impacto sobre as comunidades nas quais operam e são impactadas por estas”*. Mais, *“a saúde dos trabalhadores (...) é profundamente afetada pelo ambiente físico e social da comunidade em geral”* (OMS, 2010, p. 13). Neste sentido, é importante que se considerem também estratégias conjuntas com a comunidade e seus recursos uma vez que um ambiente envolvente saudável, capaz de fornecer meios que conduzam ao bem estar físico, psicológico e social das pessoas, propiciará ambientes de trabalho locais também mais saudáveis e seguros, o que se refletirá na saúde dos trabalhadores, da comunidade e das organizações que as integram (OMS, 2010).

Importa salientar que a promoção de ambientes de trabalho saudáveis traduz necessariamente processos longos e contínuos, com inúmeras etapas e exigências, que vão

desde a mobilização de trabalhadores e empregadores, passando pela reunião de todas as partes envolvidas, pelo diagnóstico de cada situação, pela definição de prioridades, pelo delineamento do plano a implementar e pela execução prática do mesmo, terminando depois com a avaliação do que foi feito e finalmente com a melhoria do que necessita de ser melhorado (OMS, 2010).

2.4. Estratégias de Intervenção no Presentismo

O investimento na saúde é e deve ser sempre considerado como um bem necessário e essencial para o desenvolvimento e sustentabilidade de qualquer civilização.

A promoção e proteção da saúde das pessoas, grupos e comunidades não pode cingir-se apenas a uma dimensão, contexto ou momento, devendo antes ser desenvolvida e assegurada por profissionais de saúde, devidamente qualificados, em todos as circunstâncias de vida das pessoas, incluindo os contextos de trabalho.

Se considerarmos que a atividade profissional das pessoas preenche grande parte do seu dia, assumindo grande significância na vida destas, e sabendo ainda que *“os trabalhadores representam metade da população mundial e são os principais contribuintes e intervenientes do desenvolvimento económico e social”* (DGS, 2013, p. 5), eleva-se ainda mais a importância do papel da saúde ocupacional e das estratégias a desenvolver neste âmbito.

A DGS reforça a necessidade de serem *“criados Serviços de Saúde Ocupacional nas empresas/ estabelecimentos e nas entidades da Administração Pública que ainda não tenham estes Serviços organizados”* impondo-se também *“que os Serviços de Saúde Ocupacional já instituídos aumentem a cobertura prestada junto da população trabalhadora, assim como melhorem a qualidade da intervenção”* (DGS, 2013, p. 10).

Assim, a saúde ocupacional deverá utilizar o ambiente de trabalho *“como um espaço para a promoção de saúde e para atividades preventivas de saúde – não só para evitar*

doenças e acidentes de trabalho, mas para diagnosticar e melhorar a saúde das pessoas em geral” (OMS, 2010, p. 6).

Neste âmbito e de forma a responder às exigências dos contextos de trabalho atuais da enfermagem em Portugal, devem ser delineadas e implementadas estratégias que visem reduzir riscos profissionais, entre os quais destacamos os riscos associados ao presentismo.

Estas estratégias não podem nem devem ser desenvolvidas de forma isolada ou pontual, devendo antes fazer parte de um processo contínuo, com várias etapas, que exige mudanças nos ambientes de trabalho, sendo maior o sucesso quando as instituições de saúde dispõem de serviços de saúde ocupacional (OMS, 2010).

O primeiro passo a dar passa pelo reconhecimento, das organizações e dos trabalhadores, da existência do problema em si (Hemp, 2004).

Como temos referido até aqui, o presentismo é ainda desconhecido de muitos e desconsiderado por outros, facto que impede desde logo o desenvolvimento de qualquer estratégia de intervenção junto do fenómeno.

Depois, não interessa só (re)conhecer que o presentismo existe, é essencial que se conheçam também as características próprias de cada realidade uma vez que as estratégias de intervenção no presentismo, a implementar junto dos enfermeiros, devem ter sempre em consideração as particularidades do contexto de trabalho em si e as subjetividades do grupo de trabalho e de cada elemento do grupo individualmente (caraterísticas pessoais e profissionais).

Como refere a AESST (2014, p. 5) *“a segurança e saúde no trabalho e a investigação no domínio da SST desempenham um papel fundamental na prossecução de um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo”*.

No entanto, isto só é verdadeiramente efetivável se o conhecimento científico obtido traduzir posteriormente *“soluções e intervenções práticas e acessíveis no local de trabalho”*, pois não podemos esquecer que *“todos os locais de trabalho têm os seus próprios problemas específicos, e as soluções devem ser concebidas em função desses mesmos problemas”* (AESST, 2015, p. 6).

Neste sentido, é importante que as instituições de saúde empregadoras (preferencialmente através das equipas de saúde ocupacional) desenvolvam estudos que permitam conhecer a perceção dos enfermeiros sobre as causas do seu presentismo,

explorando sentimentos como o de pressão e/ou stress para ir trabalhar doente (Middaugh, 2006), para que assim sejam posteriormente implementadas estratégias adequadas e válidas para solucionar estes problemas e outros que sejam identificados.

As estratégias a desenvolver, por sua vez, devem assentar em modelos de ação, como o modelo de ambiente de trabalho saudável da OMS (anteriormente apresentado), que visem a promoção de ambientes de trabalho saudáveis, sendo que *“para criar um ambiente de trabalho saudável, uma empresa precisa considerar as vias ou áreas de influência onde as ações possam melhor ocorrer, bem como os processos mais eficazes pelos quais os empregadores e trabalhadores possam empreender acções”* (OMS, 2010, p. 7).

Em 1997, a Declaração do Luxemburgo da Rede da União Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho veio alertar para a importância da promoção da saúde no trabalho, definindo-a *“como sendo o esforço combinado dos empregadores, trabalhadores e da sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no local de trabalho”* através de *“melhoria da organização do trabalho e do ambiente do local de trabalho; promoção da participação activa dos trabalhadores nas actividades de saúde e incentivo do desenvolvimento pessoal”* (OE, 2014, p. 6).

Programas de promoção da saúde que incluam *“vacinação contra a gripe, campanhas de desabituação tabágica, gestão de stress, entre outros”* constituem uma mais valia para a criação e manutenção de ambientes de trabalho saudáveis *“uma vez que, este tipo de programas tem como convicção que vale a pena investir num trabalhador saudável”* (Proachaska, 2011, cit. por Palha, 2014, p. 53).

A educação para a saúde dos trabalhadores é assim, neste contexto, também uma ferramenta útil das organizações e da saúde ocupacional, quer seja para informar, esclarecer e/ou incentivar para estilos de vida saudáveis, para uma melhor gestão da saúde individual de cada trabalhador ou para fomentar práticas de trabalho mais seguras (Hemp, 2004; Chapman, 2005; Middaugh, 2006; Schultz, Chen e Edington, 2009; Rhodes e Collins, 2015).

Como refere Rhodes e Collins (2015, p. 30), *“os programas de promoção da saúde são utilizados por algumas organizações como um meio para fortalecer a saúde dos trabalhadores, promover a satisfação laboral, e aumentar a produtividade (...). Sejam quais forem os motivos para a implementação de um programa de promoção da saúde, estes têm demonstrado um impacto positivo na saúde dos trabalhadores”*.

Neste sentido, a AESST tem vindo a desenvolver diversas campanhas que alertam para questões relacionadas com a saúde e segurança dos trabalhadores, como os distúrbios músculo-esqueléticos ou os riscos psicossociais, fornecendo orientações práticas para a implementação de programas que intervenham nessas áreas e reduzam assim os riscos para os trabalhadores (Palha, 2014).

Podemos aqui enunciar os prémios de boas práticas “Locais de Trabalho Seguros e Saudáveis”, no âmbito da Campanha “Locais de trabalho saudáveis contribuem para a gestão do stress” 2014-2015, organizados pela AESST, que traduzem as recomendações desta entidade, sendo premiadas as organizações que desenvolvem e implementam práticas que contribuem para a promoção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis, nos diversos e diferentes setores de atividade existentes em todo o mundo (AESST, 2015).

Como exemplo na área da saúde e, neste sentido, em contextos de trabalho onde a enfermagem opera, podemos indicar o Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto que integra a lista das organizações premiadas por procurar “*assegurar uma prevenção eficaz de todos os tipos de riscos psicossociais*”, tendo como resultados:

*(...) 25 avaliações dos riscos psicossociais.
(...) 57 ações de formação sobre a gestão dos riscos psicossociais.
(...) reduções nos níveis de absentismo e de stress.
(...) existe, pelo facto de os problemas serem resolvidos em vez de ignorados, uma maior satisfação no trabalho por parte dos trabalhadores, bem como um ambiente de trabalho mais positivo em termos psicossociais”* (AESST, 2015, p. 45-46).

Um outro exemplo interessante no âmbito das organizações de saúde é o de um hospital finlandês, o Satakunta Hospital District, que “*introduziu um programa holístico de bem-estar no trabalho, intitulado «Bom Trabalho», com ênfase em quatro áreas: uma liderança produtiva, a garantia do «saber-fazer», uma comunidade de trabalho bem-sucedida, e um trabalho motivador e gratificante*” (AESST, 2015, p. 49). Com este programa foram criadas diversas orientações no sentido de despertar supervisores e trabalhadores para a otimização da organização do trabalho e para a promoção de uma cultura de saúde e segurança no trabalho, tendo sido implementadas estratégias como: formação em trabalho, avaliação da condição física dos trabalhadores e estímulo para estilos de vida saudáveis como a prática regular de atividade física (AESST, 2015).

Mais recentemente e a decorrer atualmente, encontra-se a campanha Locais de Trabalho Saudáveis para todas as idades da AESST, que tem como objetivo promover a saúde dos trabalhadores, estejam eles em início ou fim da sua atividade profissional.

Como refere a AESST (2016, p. 9) *“os trabalhadores devem saber a quem recorrer perante a ocorrência de problemas no local de trabalho e devem desenvolver boas práticas de trabalho para utilizar ao longo da sua carreira que lhes permitam depois usufruir de uma reforma com saúde”*.

Nesta campanha são realçados aspetos como a importância da prevenção ao longo de toda a vida de trabalho das pessoas e desta abordagem ser feita de forma holística; da emergência do conceito de capacidade para o trabalho e da necessidade de promover esta mesma capacidade através do equilíbrio entre exigências de trabalho, recursos individuais e contexto social e familiar (AESST, 2016).

A disponibilização de informação e formação qualificada aos trabalhadores de forma contínua é também outro fator relevante desta campanha que aposta na promoção e manutenção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis para todos os trabalhadores, sendo que a força de trabalho na Europa está a envelhecer, com políticas que aumentam cada vez mais a idade da reforma, e estando portanto os trabalhadores cada vez mais vulneráveis e expostos a riscos profissionais (AESST, 2016).

Os prémios de boas práticas na promoção de ambientes de trabalho saudáveis serão depois atribuídos, à semelhança do que acontece em outras campanhas, constituindo assim mais um incentivo para as organizações se envolverem e participarem no projeto e terem assim acesso a orientações e exemplos práticos que possam seguir, enquanto se alcançam os objetivos da campanha: promover a saúde dos trabalhadores desde o início até ao fim da sua atividade profissional.

Posto tudo isto, tanto os responsáveis das organizações de saúde empregadoras como os profissionais da saúde ocupacional devem estar despertos para estas orientações e programas, uma vez que estes assumem cada vez mais um valor considerável enquanto instrumentos para o desenvolvimento e implementação prática de ações que promovam ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

Simultaneamente, é necessário, como já referido anteriormente, compreender a realidade de cada contexto de trabalho e conhecer as características e particularidades inerentes a cada grupo profissional. Se nos focarmos na enfermagem e no que tem sido estudado e encontrado sobre riscos ocupacionais nesta profissão, podemos por exemplo ter em consideração que o presentismo em enfermeiros é frequentemente associado a

excesso de trabalho e stress laboral, sendo que a criação e/ou manutenção do equilíbrio entre trabalho e vida pessoal não é fácil entre os profissionais de saúde (Middaugh, 2006).

Como refere Borges (2012, p.72) *“as pressões, o suporte, o relacionamento com os colegas de trabalho, a estrutura organizacional e os procedimentos são responsáveis pelo stress nos enfermeiros inclusive com efeitos secundários. Porém, quando são ajudados e obtêm feedback dos doentes, estes profissionais podem evidenciar satisfação no trabalho”*.

Sabendo tudo isto e apesar dos enfermeiros constituírem um grupo profissional com inúmeros conhecimentos na área da saúde e da sua promoção, não devem ser colocadas de parte iniciativas que os relembrem da importância da manutenção de hábitos de vida saudáveis (alimentares, atividade física, tabagismo, ...); do desenvolvimento de práticas que promovam a sua segurança e a de outros (ergonomia, equipamentos de proteção individual, ...); da importância de reconhecer e tentar eliminar, reduzir ou adequar fontes de stress, de reduzir vulnerabilidades e/ou aumentar resistências e de melhorar atos de coping (Schultz, Chen e Edington, 2009; Borges, 2012; Palha, 2014).

As organizações de saúde empregadoras, por seu lado, devem estar preparadas para responder aos desafios que a saúde ocupacional exige, sendo fundamental que dirigentes e responsáveis, de acordo com os recursos disponíveis e com a realidade da instituição, apostem na melhoria permanente da organização do trabalho dos enfermeiros, procurando fornecer condições de trabalho motivadoras e redutoras do stress e *burnout* laboral nestes profissionais (OE, 2014).

Como defende Pereira *et al.* (2014), condições de trabalho de enfermagem não favoráveis terão influência na relação entre trabalho e família e neste sentido também no repouso e satisfação pessoal dos enfermeiros, o que poderá a longo prazo desencadear *burnout* e diminuir a qualidade dos cuidados prestados por estes profissionais.

Por outro lado, fatores como a flexibilidade de horários, a valorização da carreira e a preocupação com o desenvolvimento pessoal e familiar dos profissionais, são essenciais para gerar ambientes de trabalho de enfermagem seguros e saudáveis (OE, 2014).

Neste sentido, os dirigentes e/ou responsáveis das organizações de saúde podem planear e desenvolver algumas estratégias, tais como:

- “1. Conduzir inquéritos anónimos sobre satisfação e stress laboral dos trabalhadores. Permitir aos profissionais a inclusão de detalhes sobre fatores de stress ou insatisfação específicos e também de sugestões de melhoria. Ganhar familiaridade com as preocupações reais dos seus enfermeiros.
2. Todas as estratégias devem estar integradas num Programa de Assistência aos Trabalhadores (PAT). Conduzir os trabalhadores para o recurso confidencial ao PAT para aconselhamento ou suporte.
3. Especialistas podem assistir os trabalhadores com doença crónica e/ou incapacitante para qualificar as suas técnicas de trabalho. (...)
5. Agendar períodos de discussão individuais e em grupo, e encorajar os trabalhadores a exprimir as suas preocupações e receber suporte do grupo para a resolução dos problemas.
6. Debater com outros dirigentes, e rever as políticas de recursos humanos e os benefícios de proteger o equilíbrio trabalho/vida.
7. Rever oportunidades de oferecer flexibilidade de horário. (...)
10. Oferecer nos serviços frequentes programas de educação sobre técnicas de relaxamento e meditação para redução do stress, em curtas sessões de 15-30 minutos” (Middaugh, 2006, p. 104-105).

Para além disso, “*torna-se claro que (...) as empresas que cultivam a comunicação, a colaboração, a transparência e a motivação apresentam uma cultura organizacional positiva face ao fenómeno do presentismo*” (Palha, 2014, p. 53).

Como consequência de apostarem cada vez mais na otimização das condições de trabalho dos enfermeiros e em estratégias de redução da sobrecarga (física e psicológica) destes, contribuindo de forma significativa para o seu bem estar e saúde e reduzindo assim riscos associados ao presentismo, as instituições de saúde concorrem para uma melhor qualidade nos cuidados prestados às pessoas que a elas recorrem.

Por fim, não podemos deixar de referir que os enfermeiros neste contexto são tanto alvo de cuidados como prestadores desses mesmos cuidados, uma vez que o profissional de enfermagem deve fazer parte integrante de uma equipa de saúde ocupacional que se debruça e atua sobre estas questões. Assim, reconhecendo a importância que o enfermeiro de saúde ocupacional assume na promoção de contextos de trabalho seguros e saudáveis, não podemos esquecer que, fora da sua área de atuação, o enfermeiro deve ser considerado como qualquer outro trabalhador, com necessidades e limitações, que merecem uma resposta por parte das organizações que integram.

No próximo capítulo passaremos então à apresentação da metodologia inerente ao processo investigativo do presente trabalho.

3. METODOLOGIA

Qualquer investigação científica tem como principal finalidade o estudo aprofundado de um determinado fenómeno, através da recolha de informação que permita uma maior e melhor compreensão desse mesmo fenómeno (Fortin, 2009).

Neste âmbito, a metodologia utilizada pelo investigador assume grande importância, constituindo o plano orientador de todo o processo de investigação, com reflexo nos resultados alcançados (Fortin, 2009).

O presente estudo tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e implementação de programas de intervenção que minimizem os riscos associados ao presentismo em enfermeiros e assim promovam ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

Concomitantemente, o estudo procurou ser um contributo para o desenvolvimento científico da disciplina de enfermagem comunitária, numa área de crescente interesse e desenvolvimento, de forma a fundamentar as práticas de enfermagem neste âmbito, com base em evidência científica.

Tendo em conta a finalidade do estudo que se pretende desenvolver, houve necessidade de discutir e decidir acerca dos vários rumos do percurso metodológico a seguir.

3.1. Questões de Investigação e Objetivos do Estudo

O presente estudo de investigação tem por base a seguinte questão de investigação:
Qual o nível de presentismo em enfermeiros portugueses?

Sendo esta a questão de partida do estudo, emergiram as seguintes questões específicas da investigação:

- Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e o presentismo?
- Qual a relação entre as variáveis profissionais e o presentismo?
- Quais os principais problemas de saúde que se associam ao presentismo?

Em função destas questões, definiram-se depois os objetivos a atingir:

- ✓ Identificar o nível de presentismo em enfermeiros portugueses;
- ✓ Identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o presentismo;
- ✓ Identificar a relação entre as variáveis profissionais e o presentismo;
- ✓ Identificar os principais problemas de saúde que se associam ao presentismo.

3.2. Tipo de Estudo

O paradigma de uma investigação pode ser *“entendido como um repertório abrangente de crenças, valores, leis, princípios, metodologias teóricas, caminhos para aplicação e instrumentalização. Tendo a função de orientar suposições teóricas, sobre o ser da disciplina e sobre estratégias metodológicas, assim como um grau de consenso sobre métodos teóricos e técnicas* (Wall e Carraro, 2009, p. 3-4).

O presente estudo integrou o paradigma quantitativo que assenta na crença de que a realidade pode ser explorada e quantificada, seguindo o raciocínio dedutivo de medição e/ou teste de relações entre variáveis (independente e dependentes) (Sousa, Driessnack e Mendes, 2007).

Por outro lado este é também um estudo exploratório, descritivo e transversal pois descreve fenómenos, determina a frequência em que ocorrem e categoriza a informação colhida, numa determinada população e espaço temporal (Fortin, 2009).

3.3. Variáveis do Estudo

Nesta fase da investigação é necessário proceder à identificação e posterior operacionalização das variáveis em estudo, sendo que este último processo de tradução das variáveis em conceitos irá permitir encontrar os *“correlatos empíricos que possibilitem sua mensuração ou classificação”* (Gil, 2008, p. 79).

Variável, como o próprio nome indica, é uma qualidade, propriedade ou característica, de pessoas, objetos ou situações, que varia e que pode ser de diferentes tipos e assumir diferentes valores (Fortin, 2009).

Assim e uma vez que as variáveis podem ser classificadas de forma diferente, no presente estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

- ✓ Variável Principal: Presentismo.
- ✓ Variáveis Secundárias:
 - Características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, número de filhos, pessoas dependentes a cargo, ajudas disponíveis para cuidar de pessoas dependentes a cargo, rendimento familiar; atividades de lazer);
 - Características profissionais (local de trabalho, vínculo profissional, turno de trabalho, experiência profissional, antiguidade de trabalho no serviço, stress no trabalho);

- Problemas de saúde (cefaleias/enxaquecas, alergias, sinusite, asma, depressão, stress, ansiedade, artrite, lombalgias, problemas gastrointestinais, dermatite e gripes/constipações).

Identificadas as variáveis em estudo, interessa apresentar a sua operacionalização de forma a permitir o posterior tratamento estatístico dos dados obtidos (tabela 1).

TABELA 1: Operacionalização das variáveis

	Variável	Operacionalização
Caraterísticas sociodemográficas	Sexo	Variável categorizada em masculino e feminino.
	Idade	Variável em números inteiros de anos de vida completados até à data, recodificada em dois itens a partir de um ponto de corte correspondente à mediana: ≤35 anos e ≥36 anos.
	Estado civil	Variável agrupada em duas categorias: com parceiro (casado/em união de facto) e sem parceiro (solteiro, divorciado, viúvo).
	Habilitações académicas	Variável agrupada em duas categorias: licenciatura e pós-graduação (curso de especialização, mestrado, doutoramento).
	Número de filhos	Variável em números inteiros, recodificada em duas categorias: com filhos e sem filhos.
	Pessoas dependentes a cargo	Variável agrupada em duas categorias: com dependentes e sem dependentes.
	Ajudas disponíveis para cuidar de pessoas dependentes a cargo	Variável agrupada em duas categorias: com ajuda e sem ajuda.
	Rendimento familiar	Variável traduzida pela contribuição do salário no núcleo familiar, conforme é o único a contribuir com o salário ou não, recodificada em duas categorias: sim e não.
	Atividades de lazer	Variável que traduz a prática de outro tipo de atividade fora do horário de trabalho, codificada em sim e não.

TABELA 1: Operacionalização das variáveis (continuação)

	Variável	Operacionalização
Caraterísticas profissionais	Local de trabalho	Variável agrupada em duas grandes categorias, de acordo com os contextos de trabalho da enfermagem: CSP e Hospital.
	Vínculo profissional	Variável codificada em duas categorias, de acordo com o tipo de contrato de trabalho: vínculo definitivo e vínculo precário.
	Turno de trabalho	Variável codificada em duas categorias, segundo a rotatividade de horários de trabalho: turno fixo e turno rotativo.
	Experiência profissional	Variável codificada em anos completos de trabalho com as funções de enfermeiro(a), recodificada em dois itens a partir de um ponto de corte correspondente à mediana: ≤ 11 anos e ≥ 12 anos.
	Antiguidade de trabalho no serviço	Variável codificada em anos completos e contínuos de trabalho com as funções de enfermeiro(a) no serviço de trabalho atual, recodificada em duas categorias a partir de um ponto de corte correspondente à mediana: ≤ 6 anos e ≥ 7 anos.
	Stress no trabalho	Variável categorizada em sim e não, consoante consideram ou não a sua atividade profissional stressante.
Problemas de saúde	Cefaleias/enxaquecas	Variáveis codificadas em sim e não, conforme a ocorrência ou não de cada problema de saúde no último mês.
	Alergias	
	Sinusite	
	Asma	
	Depressão	
	Stress	
	Ansiedade	
	Artrite	
	Lombalgias	
	Problemas gastrointestinais	
	Dermatite	
	Gripes/constipações	

3.4. População e Amostra

A população-alvo do estudo são enfermeiros portugueses a desempenhar as suas funções em instituições de saúde portuguesas.

Como critérios de inclusão foram definidos o exercício da profissão de enfermagem em Portugal, de forma contínua, há pelo menos um ano e a participação livre e informada dos enfermeiros no estudo.

A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística, com amostra por redes (do tipo “bola de neve”) (Dewes, 2013), sendo a amostra final constituída por todos os enfermeiros que cumpriram os critérios de inclusão e aceitaram participar no estudo. Obteve-se uma amostra constituída por 151 enfermeiros, provenientes de diversas regiões do país (Algarve, Alentejo, Estremadura, Beira Litoral, Douro Litoral e Trás-os-Montes).

3.4.1. Caraterização Sociodemográfica da Amostra

A tabela 2 apresenta a caraterização da amostra do estudo segundo as variáveis sociodemográficas.

TABELA 2: Caraterísticas da amostra segundo as variáveis sociodemográficas

VARIÁVEL		N	%
Sexo	Mulher	114	75,5
	Homem	37	24,5
Idade	≤35 anos	69	45,7
	≥36anos	82	54,3
Estado Civil	Sem parceiro	53	35,1
	Com parceiro	98	64,9

TABELA 2: Características da amostra segundo as variáveis sociodemográficas (continuação)

VARIÁVEL		N	%
Habilitações Académicas	Licenciatura	119	78,8
	Pós-Graduação	32	21,2
Filhos	Sem filhos	59	39,1
	Com filhos	91	60,3
	Não responde	1	0,7
Pessoa dependente a cargo	Sem dependentes	79	52,3
	Com dependentes	72	47,7
Ajudas disponíveis	Sem ajuda	23	31,9
	Com ajuda	47	65,2
	Não responde	2	2,7
Rendimento familiar (Depende apenas do seu salário?)	Sim	18	11,9
	Não	125	82,8
	Não responde	8	5,3
Atividades de Lazer	Sim	77	51,0
	Não	73	48,3
	Não responde	1	0,7

Como é possível verificar, dos 151 enfermeiros que constituíram a amostra do estudo, 75,5% é do sexo feminino e 24,5% é do sexo masculino. Quanto à idade, 54,3% tem idade igual ou superior a 36 anos e 45,7% tem idade igual ou inferior a 35 anos, sendo a média de idades de 36,5 ($DP=8,6$), com a idade mínima de 23 anos e máxima de 61 anos. Se considerarmos o estado civil dos participantes verificamos que 64,9% dos enfermeiros são casados ou vivem em união de facto enquanto 35,1% não tem parceiro (solteiros, viúvos e divorciados). A maioria dos enfermeiros (78,8%), tem como habilitação académica a licenciatura enquanto 21,2% tem como habilitação académica a pós-graduação, a especialidade, o mestrado ou o doutoramento.

Quanto à condição de ter ou não filhos, 60,3% dos enfermeiros refere ter um ou mais filhos enquanto que 39,1% não tem filhos. Se considerarmos o facto dos enfermeiros poderem ter pessoas dependentes a cargo, verificamos que 52,3% não tem pessoas dependentes a cargo mas 47,7% refere ter pessoas dependentes a seu cargo. Relativamente à ajuda disponível para cuidar da pessoa dependente a cargo, 65,2% dos enfermeiros dispõe de algum tipo de ajuda nesse contexto enquanto que 31,9% não tem qualquer ajuda. Por outro lado, verifica-se também que 82,8% dos enfermeiros dispõe de

outro meio de rendimentos no seu núcleo familiar para além do seu salário, enquanto que 11,9% tem o seu salário como único rendimento no núcleo familiar.

Finalmente, no que se refere às atividade de lazer, é possível constatar que 51% dos enfermeiros desenvolvem/praticam algum tipo de atividade fora do horário de trabalho, sendo a prática de exercício físico, como corrida e frequência de ginásios, as atividades mais vezes mencionadas pelos enfermeiros.

3.4.2. Caraterização Profissional da Amostra

A caraterização profissional da amostra encontra-se exposta na tabela 3.

TABELA 3: Caraterísticas da amostra segundo as variáveis profissionais

VARIÁVEL		N	%
Local de Trabalho	Hospital	73	48,3
	Cuidados de Saúde Primários	52	34,4
	Outro	26	17,2
Vínculo Profissional	Vinculo definitivo	107	70,9
	Vinculo precário	42	27,8
	Não responde	2	1,3
Turnos de trabalho	Fixo	51	33,8
	Rotativo	99	65,6
	Não responde	1	0,7
Experiência Profissional	≤11 anos	70	46,4
	≥12 anos	81	53,6
Antiguidade no Serviço	≤6 anos	70	46,4
	≥7anos	81	53,6
Stress (Considera o seu trabalho stressante?)	Não	24	15,9
	Sim	123	81,5
	Não responde	4	2,6

Verifica-se que 48,3% dos enfermeiros exerce a sua atividade profissional em contexto hospitalar, enquanto 34,4% destes trabalha em contexto de cuidados de saúde primários e

apenas 17,2% exerce a atividade em outro tipo de instituições (p. ex.: clínicas de saúde privadas). Quanto ao vínculo profissional com as instituições onde exercem a profissão, 70,9% dos enfermeiros dispõe de vínculo definitivo e apenas 27,8% encontra-se em situação de vínculo precário. A maioria dos enfermeiros, 65,6%, tem turnos de trabalho rotativos, enquanto que para 33,8% os turnos de trabalho são fixos.

Se considerarmos a experiência profissional dos enfermeiros, verificamos que esta se divide em 53,6% que detém doze ou mais anos de experiência profissional e 46,4% que possui onze ou menos anos de experiência profissional, sendo a média de anos de experiência profissional de 14,1 ($DP=8,7$), com um mínimo de 2 anos e um máximo de 39 anos. Da mesma forma, 53,6% dos enfermeiros tem sete ou mais anos de exercício da profissão no serviço atual e 46,4% destes possui seis ou menos anos de exercício da profissão no serviço atual, verificando-se uma média de anos de antiguidade no serviço atual de 9,3 ($DP=7,8$), com um mínimo de 1 ano e um máximo de 36 anos.

Por último, quando questionados sobre o stress inerente à profissão, 81,5% dos enfermeiros, considerou o seu trabalho stressante .

3.5. Material

O instrumento de colheita de dados é o utensílio, ou ferramenta, usado pelo investigador para colher informação necessária, válida e pertinente à realização do estudo pretendido. Cabe assim ao investigador determinar o que melhor convém ao estudo, tendo em conta a natureza do problema e a metodologia selecionada.

No presente estudo foi utilizado como instrumento para a recolha de dados um questionário. Como refere Fortin (2009), o questionário é um instrumento de colheita de dados que permite aos participantes do estudo responderem por escrito a um conjunto de questões que se lhes colocam.

A escolha recaiu sobre o questionário pois este permite alcançar um grande número de pessoas, mesmo que geograficamente dispersas, podendo ser enviado aos participantes

por correio ou e-mail, e por outro lado constitui também um meio rápido e de menor custos de obtenção de informação, não exigindo a presença do investigador nem o treino de pessoal para a sua aplicação, garantindo ao mesmo tempo o anonimato dos participantes (Gil, 2008).

Assim, o instrumento de colheita de dados do presente estudo é constituído por um questionário, dividido em três grupos: caracterização sociodemográfica e profissional; caracterização dos problemas de saúde e pela SPS-6 de Koopman *et al.* (2002), traduzida e validada para a população portuguesa por Ferreira *et al.* (2010).

O primeiro grupo, para caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes do estudo, é composto por perguntas de resposta fechada e perguntas de resposta aberta curta, perfazendo um total de 15 questões.

O segundo grupo destina-se à colheita de informação sobre os problemas de saúde dos participantes do estudo, com o objetivo de permitir a posterior identificação dos principais problemas de saúde que se associam ao presentismo. Compreende uma pergunta que reporta aos problemas de saúde ocorridos no último mês, sendo de resposta fechada, com a possibilidade de resposta aberta curta para indicar outra situação que não esteja contemplada no questionário. Os problemas de saúde indicados no questionário tiveram por base a literatura do presentismo e o que esta tem vindo a demonstrar. Interessa acrescentar que a pergunta permite a seleção de mais que uma resposta, ou seja, de mais que um problema de saúde.

Por último, o terceiro grupo remete para a aplicação da SPS-6, de forma a permitir o estudo e avaliação do nível de presentismo nos participantes do estudo, no caso, enfermeiros portugueses. Importa lembrar que a SPS-6 de Koopman *et al.* (2002) constitui um instrumento amplamente utilizado neste âmbito, tendo sido já validada para a população portuguesa por Ferreira *et al.* (2010) e também para os enfermeiros portugueses por Laranjeira (2013). A SPS-6 é precedida de uma questão de resposta fechada (“*Foi trabalhar com algum problema de saúde no último mês?*”), que identifica a existência ou não de problemas de saúde nos enfermeiros, no último mês em que foram trabalhar.

A SPS-6 é composta por seis itens, com cinco modalidades de respostas: “discordo totalmente”; “discordo”; “sem opinião”; “concordo” e “concordo totalmente”. Os respondentes deverão selecionar uma e apenas uma das modalidades de resposta para cada item.

A cada resposta é depois atribuído um valor numérico, que vai de 1: discordo totalmente a 5: concordo totalmente. O score total é obtido através da soma dos valores de cada item, sendo que nos itens um, três e quatro os valores obtidos são invertidos (*reverse-scoring*) (Koopman *et al.*, 2002) (tabela 4).

TABELA 4: Itens da Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)

1. Devido ao meu problema de saúde, as dificuldades que normalmente fazem parte do meu trabalho foram mais complicadas de gerir.
2. Apesar do meu problema de saúde consegui terminar as tarefas difíceis do trabalho.
3. O meu problema de saúde inibiu-me de tirar prazer do trabalho.
4. Senti-me desesperado na concretização de determinadas tarefas de trabalho devido ao meu problema de saúde.
5. No trabalho, consegui concentrar-me na concretização dos meus objectivos, apesar do meu problema de saúde.
6. Senti-me com energia suficiente para completar todo o meu trabalho, apesar do meu problema de saúde.

(Ferreira *et al.*, 2010)

Como mencionado no primeiro capítulo deste trabalho, a SPS-6 avalia o presentismo de forma positiva, em que scores elevados revelam maiores níveis de presentismo e melhor desempenho no trabalho assim como maior nível de produtividade. Desta forma, quanto maior o score total obtido com o instrumento maior o presentismo mas também melhor o desempenho e a produtividade no trabalho.

O instrumento permite ainda avaliar duas dimensões, o “trabalho completado” (TC), através da soma dos valores dos itens dois, cinco e seis, e a “distração evitada” (DE), através da soma dos valores dos itens um, três e quatro (Ferreira *et al.*, 2010). A dimensão TC refere-se à quantidade de trabalho concretizado e a DE à capacidade de concentração no trabalho, sob a influência do presentismo (Ferreira *et al.*, 2010).

Relativamente aos scores finais das suas duas dimensões, quanto maior for o score obtido na dimensão TC melhor será a capacidade do trabalhador para desempenhar as suas funções e completar o seu trabalho, perante uma qualquer condicionante de saúde. Já na dimensão DE quando o cálculo do score é feito de forma isolada do cálculo do score total do instrumento, este é feito sem recorrer à inversão dos valores, pelo que quanto maior o valor obtido nesta dimensão menor é a concentração no trabalho e o estado psicológico do trabalhador para desempenhar as suas funções (Koopman *et al.*, 2002). Assim, maior score

total na SPS-6, maior score na TC e menor score na DE são indicativos de melhor estado físico e psicológico e menor impacto do presentismo no trabalho.

Para avaliar a fidelidade do instrumento utilizado e aplicado no estudo, verificando a sua consistência interna, foi calculado o coeficiente *alfa de cronbach*. Os resultados do coeficiente *alfa de cronbach* obtidos com a SPS-6 neste estudo e referentes à escala total e às suas duas dimensões, assim como os resultados obtidos na versão original do SPS-6 de koopman *et al.* (2002), nos estudos de validação e adaptação de Ferreira *et al.* (2010), de Laranjeira (2013) e no estudo de Palha (2014), são apresentados na tabela 5.

TABELA 5: Valores de *alfa de cronbach* da SPS-6 e das suas dimensões

	Nº de itens	Barbosa (2016)	Koopman <i>et al.</i> (2002)	Ferreira <i>et al.</i> (2010)	Laranjeira (2013)	Palha (2014)
SPS-6	6	0,744	0,80	-	0,83	0,762
TC	3	0,679	-	0,780	0,82	0,674
DE	3	0,748	-	0,815	0,72	0,757

Como é possível verificar na tabela 5, no presente estudo obtiveram-se os valores de *alpha de cronbach* de 0,744 na escala total; 0,679 na dimensão TC e 0,748 na dimensão DE, valores estes similares aos obtidos por outros autores que utilizaram a escala para avaliar o presentismo em contextos de trabalho semelhantes (Ferreira *et al.*, 2010; Laranjeira, 2013; Palha, 2014).

Se considerarmos que, como refere Pestana e Gageiro (2005), valores de *alpha de cronbach* superiores a 0,6 são representativos de uma aceitável consistência interna, então podemos assumir que os valores obtidos no presente estudo corroboram a consistência interna do instrumento utilizado.

3.6. Procedimentos

Depois de confirmada a respetiva autorização pelo autor para a utilização da SPS-6, iniciou-se então a colheita de dados propriamente dita, que decorreu entre janeiro e março de 2016.

Os questionários foram distribuídos e recolhidos pela investigadora, sem contato direto com os participantes, de modo a respeitar o anonimato destes, por duas vias distintas: em mão ou por e-mail.

Tanto na entrega como na receção dos questionários foram seguidos os pressupostos da técnica de amostragem por redes, ou seja, os questionários foram primeiramente entregues a um grupo de indivíduos, de diferentes áreas geográficas do país, acessíveis ao investigador e detentores de uma ampla rede social de contatos de indivíduos pertencentes à população-alvo, para que estes os fizessem depois chegar ao maior número de indivíduos possível dessa mesma população-alvo (Dewes, 2013).

Cada questionário dispunha de uma breve informação sobre o investigador, sobre o estudo e a sua finalidade.

Em suma, os questionários foram primeiramente distribuídos pelos enfermeiros e, posteriormente, recolhidos e numerados para tratamento estatístico dos dados.

3.7. Considerações Éticas

Todo o estudo científico dirigido a pessoas, grupos e populações *“está sujeito a padrões éticos que garantem o respeito por todos os seres humanos e protegem a sua saúde e direitos”* (Associação Médica Mundial, 2008, p. 1).

Neste sentido e obedecendo aos princípios básicos da declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, serão seguidamente descritos os procedimentos realizados tendo em conta as considerações éticas inerentes ao estudo desenvolvido.

No âmbito do projeto INT-SO, que o presente estudo integra, obtivemos autorização dos autores da SPS-6 e da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto, para aplicação do instrumento de colheita de dados.

Todos os participantes no estudo tiveram acesso a informação sobre a sua finalidade e objetivos, assim como foi assegurado previamente o consentimento livre e informado destes em participar.

A confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes foram também assegurados.

Todos os participantes foram tratados de igual modo durante todo o processo investigativo.

3.8. Tratamento de Dados

Colhidos os dados é então necessário organizá-los e analisá-los para ser depois possível descrevê-los. Sendo que a estatística consiste na recolha, manipulação e classificação de dados tendo em vista o conhecimento de determinado fenómeno, mostra-se nesta altura necessário recorrer a esta ciência para a organização e apresentação dos dados obtidos.

O IBM SPSS, por sua vez, constitui uma solução para a análise estatística de dados na área das ciências sociais, sendo um programa de software que permite o tratamento informático dos dados com a aplicação de procedimentos estatísticos num ambiente gráfico. Assim, o tratamento e análise dos dados foi efetuado através de estatística descritiva e inferencial, com recurso ao IBM SPSS versão 22.

Os dados recolhidos com a aplicação dos questionários foram inseridos na matriz operativa do IBM SPSS, seguindo a codificação atribuída a cada variável para a sua operacionalização e tratamento estatístico.

Como demonstrado anteriormente, foi calculado o *alpha* de *cronbach* do instrumento utilizado na recolha dos dados, a SPS-6, para avaliação da sua consistência interna, obtendo-se uma aceitável consistência interna.

Na análise estatística descritiva univariada foram calculadas as frequências absolutas (N) e relativas (%) e as medidas de tendência central, recorrendo-se ao cálculo da mediana no caso das variáveis idade; experiência profissional e antiguidade no serviço, para a sua recodificação em dois itens.

Quanto ao tratamento estatístico inferencial, este foi realizado com recurso a estatística paramétrica e não paramétrica, assumindo-se o limite de significância de $p \leq 0,05$ (grau de confiança de 95%).

Para avaliar a relação entre as variáveis da SPS-6 e as suas duas dimensões, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson (*r*) uma vez que, como defendem Pestana e Gageiro (2005), este permite quantificar a associação entre variáveis quantitativas. Assim, o cálculo dos valores da correlação de Pearson podem variar entre -1 e +1, revelando de que forma as variáveis se relacionam entre si e qual a intensidade dessa relação. Valores negativos indicam uma correlação negativa, ou seja, quando uma variável aumenta a outra diminui, e valores positivos indicam, pelo contrário, uma correlação positiva, em que quando uma variável aumenta a outra também aumenta em valor proporcional (Pestana e Gageiro, 2005).

A comparação de médias entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes foi efetuada com recurso ao teste paramétrico *t* de student (*t*) para amostras independentes e ao teste não paramétrico de Mann-Whitney (*U*).

O teste *t* de student foi utilizado por permitir comparar médias de variáveis quantitativas em dois grupos distintos, quando se verificam os pressupostos para aplicação de estatística paramétrica, e o teste de Mann-Whitney, por sua vez, por possibilitar também a comparação de médias de variáveis quantitativas em dois grupos diferentes mas quando não se verificam os pressupostos necessários à estatística paramétrica (Pestana e Gageiro, 2005).

Os resultados obtidos com o presente trabalho investigativo são apresentados no capítulo seguinte, com recurso a tabelas e valores arredondados a duas casas decimais.

4. RESULTADOS

Os resultados obtidos com a aplicação do instrumento de colheita de dados são seguidamente descritos e analisados separadamente, de acordo com os objetivos do estudo.

4.1. Nível de Presentismo nos Enfermeiros

Foi possível verificar que 91,4% dos enfermeiros foi trabalhar, no último mês, com um ou mais problemas de saúde, revelando presentismo (tabela 6).

TABELA 6: Enfermeiros que foram trabalhar com um ou mais problemas de saúde, no último mês

VARIÁVEL		N	%
Foi trabalhar com algum problema de saúde no último mês?	Não	13	8,6
	Sim	138	91,4

Quanto à avaliação do nível de presentismo nos enfermeiros, com referência à SPS-6 total e às suas duas dimensões (TC e DE), obtiveram-se os seguintes resultados, expostos na tabela 7.

TABELA 7: Média, Desvio Padrão, Máximo e Mínimo da SPS-6 total e suas dimensões

Variável	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>Mn</u>	<u>Mx</u>
DE	138	3,25	0,93	1	5
TC	138	3,72	0,71	1	5
SPS-6 Total	138	3,24	0,68	1	5

Verifica-se, pela análise da tabela 7, que a SPS-6 total apresenta um valor médio de 3,24 ($\underline{DP} = 0,68$), com um valor mínimo de 1 e máximo de 5. A dimensão TC apresenta um valor médio de 3,72 ($\underline{DP} = 0,71$), com um valor mínimo de 1 e máximo de 5, e a dimensão DE apresenta um valor médio de 3,25 ($\underline{DP} = 0,93$), com um valor mínimo de 1 e máximo de 5.

Interessa lembrar que a SPS-6 é composta por seis itens, avaliados numa escala de Likert de 5 pontos, em que o score total é obtido através da soma dos valores dos itens dois, cinco e seis com a soma dos valores invertidos dos itens um, três e quatro e sendo a leitura dos valores obtidos feita da seguinte forma: a scores finais mais elevados correspondem maiores níveis de presentismo, melhor desempenho no trabalho e consequentemente maior nível de produtividade (Koopman *et al.*, 2002). Quanto ao cálculo da dimensão TC, este é feito através da soma dos itens dois, cinco e seis, em que a maiores valores obtidos corresponde uma maior capacidade do trabalhador para desempenhar as suas funções e completar o seu trabalho (Koopman *et al.*, 2002). A dimensão DE, por sua vez, resulta da soma dos valores dos itens um, três e quatro, sendo que valores mais elevados apontam para uma menor concentração no trabalho e pior estado psicológico do trabalhador para desempenhar as suas funções (Koopman *et al.*, 2002).

Para analisar a forma como a SPS-6 total e as suas duas dimensões se comportam e explicam o presentismo nos enfermeiros, foi calculado o coeficiente de correlação r de Pearson, apresentado na tabela 8.

TABELA 8: Coeficiente de correlação de Pearson entre a SPS-6 total, a dimensão TC e a dimensão DE

Variável	DE	TC	SPS- 6 Total
DE	1		
TC	-0,377**	1	
SPS-6 Total	-0,878**	0,775**	1

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Como é possível verificar na tabela 8, a SPS-6 total apresenta uma correlação positiva forte com a dimensão TC ($r(138) = 0,775$; $p < 0,01$) e uma correlação negativa forte com a dimensão DE ($r(138) = -0,878$; $p < 0,01$), o que significa que a valores mais elevados na escala total da SPS-6 correspondem valores mais elevados na dimensão TC e menores na dimensão DE, e vice-versa.

Assim sendo, é também possível constatar que as duas dimensões da SPS-6 têm uma correlação negativa moderada ($r(138) = -0,377$; $p < 0,01$), evoluindo em sentidos opostos, o que demonstra a complementaridade das mesmas. Quando se verificam maiores valores de TC, verificam-se também menores valores de DE e vice-versa.

Por fim, a análise da tabela 8 permite-nos ainda constatar, com base no cálculo da variância explicada, que a dimensão DE é a que melhor explica a variância da SPS-6 total e consequentemente do nível de presentismo (77%).

4.2. Presentismo e Características Sociodemográficas dos Enfermeiros

A análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e o presentismo nos enfermeiros foi efetuada através do teste paramétrico t de student e através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Os resultados obtidos com o teste t de student encontram-se expostos na tabela 9.

TABELA 9: Comparação de médias da SPS-6 total, TC e DE em função do sexo; idade; estado civil; habilitações académicas; filhos; pessoas dependentes a cargo e atividades de lazer

		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t (gl)</u>	<u>p</u>
Sexo						
DE	Mulher	105	3,32	0,96	1,442 (136)	0,152
	Homem	33	3,05	0,79		
TC	Mulher	105	3,73	0,67	0,257 (136)	0,798
	Homem	33	3,70	0,80		
SPS-6 Total	Mulher	105	3,21	0,71	-0,846 (136)	0,399
	Homem	33	3,32	0,55		
Idade						
DE	≤35 anos	67	3,29	0,89	0,488 (136)	0,627
	≥36anos	71	3,22	0,96		
TC	≤35 anos	67	3,70	0,65	-0,373 (136)	0,710
	≥36anos	71	3,75	0,75		
SPS-6 Total	≤35 anos	67	3,20	0,68	-0,526 (136)	0,600
	≥36anos	71	3,27	0,68		

TABELA 9: Comparação de médias da SPS-6 total, TC e DE em função do sexo; idade; estado civil; habilitações académicas; filhos; pessoas dependentes a cargo e atividades de lazer (continuação)

		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t (g)</u>	<u>p</u>
Estado Civil						
DE	Sem parceiro	47	3,33	0,88	0,657 (136)	0,512
	Com parceiro	91	3,22	0,95		
TC	Sem parceiro	47	3,74	0,56	0,154 (136)	0,878
	Com parceiro	91	3,72	0,77		
SPS-6 Total	Sem parceiro	47	3,21	0,64	-0,368 (136)	0,714
	Com parceiro	91	3,25	0,70		
Habilitações Académicas						
DE	Licenciatura	107	3,25	0,87	-0,026 (136)	0,979
	Pós-Graduação	31	3,26	1,12		
TC	Licenciatura	107	3,71	0,70	-0,442 (136)	0,659
	Pós-Graduação	31	3,77	0,72		
SPS-6 Total	Licenciatura	107	3,23	0,64	-0,181 (136)	0,857
	Pós-Graduação	31	3,26	0,82		
Filhos						
DE	Sem filhos	56	3,15	0,93	-0,975 (135)	0,331
	Com filhos	81	3,31	0,93		
TC	Sem filhos	56	3,68	0,70	-0,603 (135)	0,547
	Com filhos	81	3,75	0,71		
SPS-6 Total	Sem filhos	56	3,26	0,72	0,350 (135)	0,727
	Com filhos	81	3,22	0,66		
Pessoas Dependentes a Cargo						
DE	Sem dependentes	70	3,23	0,99	-0,320 (136)	0,750
	Com dependentes	68	3,28	0,87		
TC	Sem dependentes	70	3,79	0,72	1,030 (136)	0,305
	Com dependentes	68	3,66	0,68		
SPS-6 Total	Sem dependentes	70	3,28	0,74	0,751 (136)	0,454
	Com dependentes	68	3,19	0,61		
Atividades de Lazer						
DE	Não	66	3,27	0,93	0,176 (135)	0,860
	Sim	71	3,24	0,94		
TC	Não	66	3,61	0,78	-1,790 (135)	0,076
	Sim	71	3,83	0,61		
SPS-6 Total	Não	66	3,17	0,72	-1,040 (135)	0,300
	Sim	71	3,29	0,65		

Através da análise da tabela 9, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na SPS-6 total, na dimensão TC e na dimensão DE em função das variáveis sexo; idade; estado civil; habilitações académicas; ter filhos; pessoas dependentes a cargo e atividades de lazer. No entanto, é possível verificar uma tendência dos enfermeiros do sexo feminino ($\underline{M}=3,21$; $\underline{DP}=0,71$); com idade igual ou inferior a 35 anos ($\underline{M}=3,20$; $\underline{DP}=0,68$); sem parceiro ($\underline{M}=3,21$; $\underline{DP}=0,64$); com licenciatura ($\underline{M}=3,23$; $\underline{DP}=0,64$); com filhos ($\underline{M}=3,22$; $\underline{DP}=0,66$); com pessoas dependentes a cargo ($\underline{M}=3,19$; $\underline{DP}=0,61$) e que não têm atividades

de lazer ($M=3,17$; $DP=0,72$), para médias mais baixas na SPS-6 total, o que espelha valores mais baixos de presentismo e consequentemente maior comprometimento no trabalho destes.

Quanto aos resultados alcançados com o teste de Mann-Whitney, estes encontram-se expostos na tabela 10.

TABELA 10: Comparação de médias da SPS-6 total, TC e DE em função de ajudas disponíveis para cuidar de pessoas dependentes a cargo e rendimento familiar

		N	Mean Rank	U	p
Ajudas disponíveis para cuidar de pessoas dependentes a cargo					
DE	Sem ajuda	22	32,70	466,500	0,701
	Com ajuda	45	34,63		
TC	Sem ajuda	22	33,07	474,500	0,777
	Com ajuda	45	34,46		
SPS-6 Total	Sem ajuda	22	34,57	482,500	0,867
	Com ajuda	45	33,72		
Dependem exclusivamente do seu salário (Rendimento familiar)					
DE	Não	116	65,24	781,500	0,304
	Sim	16	75,66		
TC	Não	116	67,05	864,000	0,647
	Sim	16	62,50		
SPS-6 Total	Não	116	67,57	804,000	0,385
	Sim	16	58,75		

A leitura da tabela 10 permite concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas na SPS-6 total, na dimensão TC e na dimensão DE em função das variáveis ajudas disponíveis para cuidar de pessoas dependentes a cargo e rendimento familiar.

4.3. Presentismo e Características Profissionais dos Enfermeiros

O estudo da relação entre as variáveis profissionais e o presentismo nos enfermeiros foi feito através do teste paramétrico t de student e do teste não paramétrico de Mann-Whitney, no caso da variável: considerar o trabalho stressante.

A tabela 11 mostra os resultados obtidos com o teste t de student.

TABELA 11: Comparação de médias da SPS-6 total, TC e DE em função do local de trabalho; vínculo profissional; turno de trabalho; experiência profissional e antiguidade de trabalho no serviço

		N	M	DP	t (gl)	p
Local de Trabalho						
DE	Hospital	67	3,48	0,91	1,741 (112)	0,084
	CSP	47	3,16	0,99		
TC	Hospital	67	3,58	0,68	-1,672 (112)	0,098
	CSP	47	3,82	0,80		
SPS-6 Total	Hospital	67	3,05	0,64	-2,086 (112)	0,039
	CSP	47	3,33	0,77		
Vínculo Profissional						
DE	vínculo definitivo	96	3,22	0,92	-0,613 (134)	0,541
	vínculo precário	40	3,32	0,90		
TC	vínculo definitivo	96	3,73	0,75	0,031 (134)	0,975
	vínculo precário	40	3,73	0,59		
SPS-6 Total	vínculo definitivo	96	3,26	0,68	0,433 (134)	0,666
	vínculo precário	40	3,20	0,65		
Turno de Trabalho						
DE	fixo	43	3,17	0,94	-0,602 (135)	0,548
	rotativo	94	3,27	0,91		
TC	fixo	43	3,78	0,75	0,593 (135)	0,554
	rotativo	94	3,71	0,68		
SPS-6 Total	fixo	43	3,31	0,72	0,720 (135)	0,473
	rotativo	94	3,22	0,65		
Experiência Profissional						
DE	≤11 anos	68	3,31	0,88	0,685 (136)	0,494
	≥12 anos	70	3,20	0,98		
TC	≤11 anos	68	3,71	0,67	-0,306 (136)	0,760
	≥12 anos	70	3,74	0,74		
SPS-6 Total	≤11 anos	68	3,20	0,68	-0,626 (136)	0,532
	≥12 anos	70	3,27	0,68		
Antiguidade de trabalho no serviço						
DE	≤6 anos	66	3,44	0,84	2,278 (136)	0,024
	≥7anos	72	3,08	0,98		
TC	≤6 anos	66	3,59	0,67	-2,156 (136)	0,033
	≥7anos	72	3,85	0,71		
SPS-6 Total	≤6 anos	66	3,08	0,65	-2,692 (136)	0,008
	≥7anos	72	3,38	0,67		

Como é possível constatar pela análise da tabela 11, existem diferenças estatisticamente significativas na SPS-6 total ($t(112)=-2,086$; $p=0,039$) entre os enfermeiros que trabalham em meio hospitalar e aqueles que exercem a sua profissão em contexto de CSP, sendo que os enfermeiros que trabalham em meio hospitalar apresentam média mais baixa na SPS-6 total ($M=3,05$; $DP=0,64$), representativo de maior afetação do presentismo no desempenho de trabalho. Quanto às dimensões da SPS-6, verificam-se valores médios mais baixos de TC

($M=3,58$; $DP=0,68$) e mais altos de DE ($M=3,48$; $DP=0,91$) nos enfermeiros que trabalham em meio hospitalar, o que indica uma maior dificuldade em completar o trabalho e um maior comprometimento psicológico destes.

Da mesma forma, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros com menos anos de trabalho no serviço (≤ 6 anos) e os enfermeiros com mais anos de trabalho no serviço (≥ 7 anos) na SPS-6 total ($t(136)=-2,692$; $p=0,008$) na dimensão TC ($t(136)=-2,156$; $p=0,033$) e na dimensão DE ($t(136)= 2,278$; $p=0,024$), sendo os enfermeiros com menor anos de antiguidade no serviço aqueles que apresentam médias mais elevadas na DE ($M=3,44$; $DP=0,84$) e mais baixas no TC ($M=3,59$; $DP=0,67$) e na SPS-6 total ($M=3,08$; $DP=0,65$), representativo de maior afetação psicológica, menor capacidade para completar o trabalho e pior desempenho global no trabalho.

Apesar de não se verificarem outras diferenças, estatisticamente significativas, nas restantes variáveis profissionais, é possível observar uma tendência dos enfermeiros com vínculo precário ($M=3,20$; $DP=0,65$); com turno de trabalho rotativo ($M=3,22$; $DP=0,65$) e com menos anos de experiência profissional ($M=3,20$; $DP=0,68$) para médias mais baixas de SPS-6 total, representativas de pior desempenho no trabalho.

Quanto à relação entre considerar o seu trabalho stressante e o presentismo nos enfermeiros, a tabela 12 mostra os resultados conseguidos neste âmbito, com recurso ao teste de Mann-Whitney.

TABELA 12: Comparação de médias da SPS-6 total, TC e DE em função de considerar o trabalho stressante

		N	Mean Rank	U	p
Stress					
DE	Não	18	46,39	664,000	0,011
	Sim	117	71,32		
TC	Não	18	83,75	769,500	0,060
	Sim	117	65,58		
SPS-6 Total	Não	18	89,67	663,000	0,011
	Sim	117	64,67		

Como é possível observar, entre os enfermeiros que consideraram o seu trabalho stressante e aqueles que não o consideram stressante existem diferenças estatisticamente significativas na SPS-6 total ($U=663,00$; $p=0,011$) e na dimensão DE ($U=664,00$; $p=0,011$), sendo que os enfermeiros que não consideram o seu trabalho stressante posicionam-se num nível superior na SPS-6 total e inferior na DE, representativo de menor

comprometimento pelo presentismo, com menor afetação psicológica e melhor desempenho no trabalho.

4.4. Presentismo e Problemas de Saúde dos Enfermeiros

O estudo dos problemas de saúde que afetaram os enfermeiros e a sua relação com o presentismo desenvolveu-se em duas fases. Numa primeira abordagem, foi solicitado aos enfermeiros que mencionassem os problemas de saúde que tiveram no último mês, com o intuito de se proceder à caracterização dos problemas de saúde dos enfermeiros. De seguida foi aplicada a SPS-6 para o estudo da relação entre os problemas de saúde mencionados e o presentismo nos enfermeiros.

4.4.1. Caracterização dos Problemas de Saúde dos Enfermeiros

A tabela 13 apresenta a caracterização dos problemas de saúde que afetaram os enfermeiros no último mês.

TABELA 13: Características da amostra segundo os problemas de saúde ocorridos no último mês

VARIÁVEL		N	%
Cefaleias/Enxaquecas	Não	59	39,1
	Sim	92	60,9
Alergias	Não	134	88,7
	Sim	17	11,3
Sinusite	Não	138	91,4
	Sim	13	8,6

TABELA 13: Características da amostra segundo os problemas de saúde ocorridos no último mês (continuação)

VARIÁVEL		N	%
Asma	Não	148	98,0
	Sim	3	2,0
Depressão	Não	144	95,4
	Sim	7	4,6
Stresse	Não	82	54,3
	Sim	69	45,7
Ansiedade	Não	103	68,2
	Sim	48	31,8
Artrite	Não	149	98,7
	Sim	2	1,3
Lombalgias	Não	86	57,0
	Sim	65	43,0
Problemas Gastrointestinais	Não	125	82,8
	Sim	26	17,2
Dermatite	Não	146	96,7
	Sim	5	3,3
Gripes/ Constipações	Não	91	60,3
	Sim	60	39,7

Como é possível observar na tabela 13, as cefaleias e/ou enxaquecas constituem o problema de saúde com maior prevalência nos enfermeiros com 60,9% destes a referirem que já sofreram deste problema de saúde no último mês. Segue-se o stress, com 45,7% dos enfermeiros e depois, por ordem decrescente, as lombalgias; as gripes e constipações e a ansiedade, com 43%; 39,7% e 31,8%, respetivamente.

Para além dos problemas de saúde contemplados no questionário de colheita de dados e expostos na tabela 13, os enfermeiros mencionaram ainda outros problemas de saúde, nomeadamente: tendinite (1,3%); infeção do trato urinário (1,3%); pneumonia (1,3%); amigdalite (0,7%); cervicalgia (0,7%); faringite (0,7%) e quisto sinovial (0,7%).

4.4.2. Relação entre os Problemas de Saúde e o Presentismo nos Enfermeiros

A análise dos principais problemas de saúde e sua relação com o presentismo nos enfermeiros foi concretizada tendo como base temporal de referência o último mês de trabalho e recorrendo ao teste paramétrico t de student e ao teste não paramétrico de Mann-Whitney.

A tabela 14 e a tabela 15, seguidamente apresentadas, revelam os resultados obtidos com o teste t de student e com o teste de Mann-Whitney, respetivamente.

TABELA 14: Comparação de médias da SPS-6 total, TC e DE em função de cefaleias/enxaquecas; stress; ansiedade; lombalgias e gripes/constipações

		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t (gl)</u>	<u>p</u>
Cefaleias/Enxaquecas						
DE	Não	48	3,01	1,02	-2,241 (136)	0,027
	Sim	90	3,38	0,85		
TC	Não	48	3,83	0,71	1,323 (136)	0,188
	Sim	90	3,67	0,70		
SPS-6 Total	Não	48	3,41	0,64	2,221 (136)	0,028
	Sim	90	3,14	0,68		
Stress						
DE	Não	70	2,91	0,90	-4,736 (136)	0,000
	Sim	68	3,61	0,82		
TC	Não	70	3,88	0,68	2,610 (136)	0,010
	Sim	68	3,57	0,69		
SPS-6 Total	Não	70	3,48	0,61	4,641 (136)	0,000
	Sim	68	2,98	0,65		
Ansiedade						
DE	Não	91	3,21	1,03	-0,957 (136)	0,340
	Sim	47	3,35	0,70		
TC	Não	91	3,79	0,68	1,634 (136)	0,104
	Sim	47	3,59	0,73		
SPS-6 Total	Não	91	3,29	0,69	1,427 (136)	0,156
	Sim	47	3,12	0,64		
Lombalgias						
DE	Não	73	3,06	0,86	-2,588 (136)	0,011
	Sim	65	3,47	0,95		
TC	Não	73	3,78	0,72	0,909 (136)	0,365
	Sim	65	3,67	0,69		
SPS-6 Total	Não	73	3,36	0,64	2,233 (136)	0,027
	Sim	65	3,10	0,70		

TABELA 14: Comparação de médias da SPS-6 total, TC e DE em função de cefaleias/enxaquecas; stress; ansiedade; lombalgias e gripes/constipações (continuação)

		N	M	DP	t (gl)	p
Gripes/Constipações						
DE	Não	78	3,28	0,91	0,408 (136)	0,684
	Sim	60	3,22	0,96		
TC	Não	78	3,76	0,60	0,763 (136)	0,447
	Sim	60	3,67	0,82		
SPS-6 Total	Não	78	3,24	0,64	0,116 (136)	0,908
	Sim	60	3,23	0,73		

A análise feita com recurso ao teste t de student, exposta na tabela 14, permite verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas na SPS-6 total ($t(136)= 2,221$; $p=0,028$) e na dimensão DE ($t(136)= -2,241$; $p=0,027$), entre os enfermeiros que mencionaram a ocorrência de cefaleias/enxaquecas e aqueles que não referiram ter esse problema de saúde enquanto trabalhavam, no último mês. Da mesma forma, observam-se diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros que referiram stress e os que não mencionaram esta condicionante, na SPS-6 total ($t(136)= 4,641$; $p=0,000$); na dimensão TC ($t(136)= 2,610$; $p=0,010$) e na dimensão DE ($t(136)= -4,736$; $p=0,000$). Por último, existem também diferenças estatisticamente significativas na SPS-6 total ($t(136)= 2,233$; $p=0,027$) e na dimensão DE ($t(136)= -2,588$; $p=0,011$), entre os enfermeiros com lombalgia no último mês de trabalho e aqueles que referem este problema de saúde.

Os enfermeiros com cefaleias/enxaquecas apresentam médias mais altas na DE ($M=3,38$; $DP=0,85$) e mais baixas no TC ($M=3,67$; $DP=0,70$) e na SPS-6 total ($M=3,14$; $DP=0,69$). De igual modo, os enfermeiros que mencionaram stress exibem médias mais elevadas na DE ($M=3,61$; $DP=0,82$) e menores no TC ($M=3,57$; $DP=0,69$) e na SPS-6 total ($M=2,98$; $DP=0,65$). Finalmente, os enfermeiros que referem sofrer de lombalgia apresentam igualmente maior média na DE ($M=3,47$; $DP=0,95$) e menor no TC ($M=3,67$; $DP=0,69$) e na SPS-6 total ($M=3,10$; $DP=0,70$). Neste sentido, os enfermeiros com cefaleias e/ou enxaquecas, stress e lombalgias apresentam maior comprometimento psicológico, menor capacidade para completar o trabalho e pior desempenho global no trabalho.

Quanto aos restantes problemas de saúde, mencionados por um menor número de enfermeiros da amostra, o seu estudo foi efetuado com recurso ao teste de Mann-Whitney, como mostra a tabela 15.

TABELA 15: Comparação de médias da SPS-6 total, TC e DE em função de alergias; sinusite; asma; depressão; artrite; problemas gastrointestinais e dermatite

		N	Mean Rank	U	p
Alergias					
DE	Não	122	67,49	730,500	0,100
	Sim	16	84,84		
TC	Não	122	71,83	692,000	0,053
	Sim	16	51,75		
SPS-6 Total	Não	122	72,12	656,500	0,033
	Sim	16	49,35		
Sinusite					
DE	Não	125	70,91	636,000	0,195
	Sim	13	55,92		
TC	Não	125	68,72	715,500	0,469
	Sim	13	76,96		
SPS-6 Total	Não	125	68,26	657,000	0,255
	Sim	13	81,46		
Asma					
DE	Não	135	68,42	57,000	0,032
	Sim	3	118,00		
TC	Não	135	70,19	109,500	0,164
	Sim	3	38,50		
SPS-6 Total	Não	135	70,57	58,500	0,035
	Sim	3	21,50		
Depressão					
DE	Não	131	69,91	405,000	0,601
	Sim	7	61,86		
TC	Não	131	69,24	424,500	0,735
	Sim	7	74,36		
SPS-6 Total	Não	131	69,07	402,000	0,582
	Sim	7	77,57		
Artrite					
DE	Não	136	69,78	97,500	0,518
	Sim	2	50,25		
TC	Não	136	69,78	97,500	0,518
	Sim	2	50,25		
SPS-6 Total	Não	136	69,35	115,000	0,724
	Sim	2	80,00		
Problemas Gastrointestinais					
DE	Não	112	67,20	1198,500	0,158
	Sim	26	79,40		
TC	Não	112	71,00	1288,500	0,350
	Sim	26	63,06		
SPS-6 Total	Não	112	72,18	1155,500	0,101
	Sim	26	57,94		

TABELA 15: Comparação de médias da SPS-6 total, TC e DE em função de alergias; sinusite; asma; depressão; artrite; problemas gastrointestinais e dermatite (continuação)

		N	Mean Rank	U	p
Dermatite					
DE	Não	133	69,22	295,000	0,667
	Sim	5	77,00		
TC	Não	133	69,58	322,000	0,902
	Sim	5	67,40		
SPS-6 Total	Não	133	69,75	299,500	0,706
	Sim	5	62,90		

Como é possível constatar, apesar do reduzido número de frequências observadas, existem diferenças estatisticamente significativas na SPS-6 total ($U=656,50$; $p=0,033$) entre os enfermeiros com alergias e aqueles que não referiram ter esse problema de saúde no último mês. Também a ocorrência ou não de asma apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros na SPS-6 total ($U=58,50$; $p=0,035$) e na dimensão DE ($U=57,00$; $p=0,032$). Os resultados mostram que os enfermeiros que mencionaram alergias e asma, posicionam-se num nível inferior na SPS-6 total e na TC e num nível superior na DE, o que revela maior comprometimento físico e psicológico, com maior afetação do presentismo no desempenho de trabalho.

No próximo capítulo passaremos então à discussão dos resultados encontrados no presente estudo.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo por base os resultados anteriormente apresentados, importa agora desenvolver a discussão dos mesmos. Para tal e com o intuito de facilitar a leitura e compreensão desta discussão, proceder-se-á à sua organização de acordo com a sequência dos objetivos do estudo.

5.1. Nível de Presentismo nos Enfermeiros

À semelhança do que se tem verificado na literatura do presentismo, em estudos como os de Letvak, Ruhm e Gupta (2012); Martinez e Ferreira (2012); Umann, Guido e Grazziano (2012); Paschoalin *et al.* (2013) e Palha (2014), também o presente estudo veio corroborar a predisposição que os profissionais de enfermagem têm para fenómenos de presentismo, com 91,4% dos enfermeiros do estudo a mencionar que foi trabalhar, no último mês, com um ou mais problemas de saúde

Por outro lado, os valores obtidos com a aplicação da SPS-6 revelam que, apesar dos problemas de saúde referidos, os enfermeiros acabam por conseguir desempenhar as suas funções no trabalho, sendo que, tal como mencionado no início do presente trabalho, a SPS-6 tem por base um conceito positivo de presentismo em que scores mais elevados são

representativos de melhor desempenho no trabalho e maior produtividade. Estes resultados estão também em concordância com o que se verifica na literatura do presentismo em enfermeiros, nomeadamente em estudos como os de Umann, Guido e Grazziano (2012) e os de Palha (2014).

No entanto, é importante realçar que apesar de conseguirem desenvolver as suas tarefas, os enfermeiros poderão não ser capazes de o fazer com a qualidade que se lhes exige, uma vez que o presentismo afeta tanto a quantidade como a qualidade do trabalho (Hemp, 2004; Admasachew e Dawson, 2011; Huver *et al.*, 2012).

Se compararmos as dimensões TC e DE no presente estudo, verificamos valores mais elevados de TC e menores de DE, o que é representativo de um maior comprometimento psicológico do que físico dos enfermeiros no desempenho das suas funções, ou seja, perante fenómenos de presentismo, os enfermeiros têm maior dificuldade em concentrar-se no trabalho do que em completá-lo. Estes resultados estão de acordo com os resultados de outros estudos semelhantes, desenvolvidos no contexto da enfermagem em Portugal, como é o caso de Martinez e Ferreira (2012), de Palha (2014) e de Borges *et al.* (2016). A nível internacional, por sua vez, alguns estudos revelaram resultados contrários, isto é, verificaram um maior comprometimento físico do que psicológico dos enfermeiros, como é o exemplo do estudo de Letvak, Ruhm e Gupta (2012), levado a cabo num hospital norte-americano, e o de Umann, Guido e Grazziano (2012), desenvolvido num hospital brasileiro.

Esta situação pode dever-se em parte ao contexto político-financeiro vivenciado na atualidade portuguesa, ainda bastante marcado pela crise económica de 2008, e também à crescente empresarialização da saúde, com consequências para as condições de trabalho na profissão de enfermagem (Mendes e Mantovani, 2010; EFN, 2012). Já em 2009, num estudo de satisfação da OE da Secção Regional do Norte (2009), a carreira, o desemprego, a remuneração, o reconhecimento, a afirmação profissional e a precariedade da profissão constituíram os principais problemas mencionados pelos enfermeiros portugueses. Depois, em 2010, o estudo de Mendes e Mantovani (2010) veio confirmar estas insatisfações, realçando que subsiste entre os enfermeiros portugueses a ideia de que a sua profissão é pouco reconhecida e mal remunerada, verificando-se ainda um sentimento pessimista destes quanto ao futuro da enfermagem em Portugal. Mais recentemente, Gomes (2014), num estudo comparativo sobre stress ocupacional entre médicos e enfermeiros, veio corroborar estes achados, revelando que alguns destes fatores de insatisfação profissional ainda estão bem presentes nos enfermeiros portugueses, com estes profissionais a

revelarem maior stress relacionado com a carreira e remuneração e a exibir menores níveis de satisfação e realização profissional.

A estes aspetos alia-se ainda a sobrecarga mental e psicológica inerente à própria profissão de enfermagem (Paschoalin, Griep e Lisboa, 2012; Borges, 2012), tantas vezes associada a fenómenos de stress laboral e de síndrome de burnout (Carlotto *et al.*, 2014; Gomes, 2014; Silva *et al.*, 2015; Marôco *et al.*, 2016).

De facto, à semelhança do que acontece com o presentismo, também a síndrome de burnout tem vindo a assumir relevo na literatura da saúde ocupacional e nomeadamente nos contextos de trabalho em enfermagem, reportando para a exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal dos trabalhadores no seu trabalho, com riscos para a saúde dos trabalhadores e de outros, alvo dos seus serviços (Carlotto *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2015; Borges *et al.*, 2016; Marôco *et al.*, 2016). Os fatores que conduzem à síndrome de burnout são também muitas vezes semelhantes aos que se associam ao presentismo, como sendo a falta de recursos para a realização do trabalho; as exigências físicas, cognitivas e emocionais do trabalho; as relações interpessoais inerentes ao trabalho; a interação entre o trabalho e a família e também as características pessoais dos próprios trabalhadores (Johns, 2011; Merrill *et al.*, 2012; Carlotto *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2015; Marôco *et al.*, 2016).

5.2. Presentismo e Características Sociodemográficas dos Enfermeiros

Entre as variáveis sociodemográficas analisadas no presente estudo (sexo; idade; estado civil; habilitações académicas; ter filhos; pessoas dependentes a cargo; ajudas disponíveis para cuidar de pessoas dependentes a cargo; rendimento familiar e atividades de lazer) e o presentismo nos enfermeiros, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Estes resultados vão ao encontro do que se tem verificado na literatura do presentismo, onde também não tem existido consenso nem evidência científica necessária ao estabelecimento de uma relação clara entre determinada variável sociodemográfica e o

presentismo (Johns, 2010; Huver *et al.*, 2012). De facto, estes aspetos têm sido até então pouco explorados na literatura do presentismo, denotando-se um maior investimento no estudo das principais características profissionais e problemas de saúde que se relacionam com o presentismo (Schultz e Edington, 2007; Johns, 2010; Johns, 2011; Huver *et al.*, 2012; Merrill *et al.*, 2012).

Apesar destas constatações, os resultados obtidos no presente estudo permitem, através da análise de comparação de médias, verificar uma maior tendência do sexo feminino para o presentismo, com maior prejuízo no desempenho e produtividade laboral. Este achado está de acordo com os resultados obtidos em outros estudos do presentismo, como o de Paschoalin *et al.* (2013), e também em estudos desenvolvidos sobre o presentismo em enfermeiros, como o de Martinez e Ferreira (2012); Laranjeira (2013); Palha (2014) e Borges *et al.* (2016), apesar de existirem ainda algumas controvérsias sobre estas questões (Johns, 2010; Huver *et al.*, 2012; Sheaghdha, 2015).

Ainda quanto ao estudo do sexo, foi possível verificar também que as mulheres apresentam maior tendência para uma melhor capacidade física, referente ao trabalho completado, mesmo demonstrando maior afetação psicológica e pior desempenho e produtividade perante o presentismo, apesar das diferenças nos valores obtidos serem de facto muito reduzidas. Este achado interessante prende-se muito provavelmente com as características próprias do sexo feminino (Johns, 2010), habituado a exercer diversos papéis na sociedade, com múltiplas e exigentes tarefas domésticas, profissionais e sociais, que lhes permitem adquirir uma maior capacidade para cumprir e completar tarefas do dia-a-dia, estando ao mesmo tempo exposto a grandes níveis de stress e de sobrecarga psicológica (Spindola e Santos, 2003; Martinez e Ferreira, 2012).

No que se refere à idade, verifica-se uma tendência dos enfermeiros mais jovens (idade ≤ 35 anos) para um maior comprometimento físico e psicológico, com menor capacidade para se concentrar e completar as suas tarefas profissionais e conseqüentemente com pior desempenho, sendo estes mais afetados pelo fenómeno do presentismo.

Estes resultados estão em consonância com os de outros estudos desenvolvidos no âmbito do presentismo em enfermeiros, como os de Palha (2014) e de Borges *et al.* (2016), que obtiveram também uma maior afetação do presentismo nos enfermeiros mais jovens. Para justificar de alguma forma estes achados podemos recorrer às teorias do desenvolvimento humano, nomeadamente às que abordam a aprendizagem como um processo de adaptação constante do ser humano ao que o rodeia e que permite assim o

desenvolvimento, ao longo dos anos, de estratégias e capacidades que lhe permitem adaptar-se às exigências e controvérsias da realidade onde se insere (Scorsolini-Comin, Inocente e Miura, 2011).

Quanto à relação entre o estado civil dos enfermeiros e o presentismo, observou-se uma propensão dos enfermeiros que não têm parceiro para pior desempenho no trabalho, com menor capacidade de concentração no mesmo, apesar de, à semelhança do que se verificou no sexo, exibirem uma melhor capacidade para completar as suas tarefas. Os enfermeiros que têm filhos demonstraram também maior afetação pelo presentismo. Os estudos de Aronsson, Gustafsson e Dallner (2000) e Umann, Guido e Grazziano (2012) obtiveram resultados semelhantes, com as variáveis estado civil e ter filhos a exercerem influência sobre a produtividade de trabalho, com a diminuição desta, no caso de Umann, Guido e Grazziano (2012) devido principalmente à gestão do tempo. No entanto, outros estudos, como o de Palha (2014), encontraram resultados diferentes o que demonstra as lacunas e controvérsias ainda existentes nesta área do presentismo.

Outra particularidade com que o estudo se deparou reporta para o facto dos enfermeiros com licenciatura demonstrarem maior afetação pelo presentismo do que aqueles que dispõem de outra habilitação académica, com pior desempenho no trabalho e maior dificuldade em completar as suas tarefas, apesar de demonstrarem um menor comprometimento psicológico (com diferenças na dimensão DE, referente ao comprometimento psicológico, muito pouco significativas). No entanto, as diferenças verificadas são de facto mínimas e não permitem fundamentar as relações entre a variável habilitação académica e presentismo. Já o estudo de Palha (2014), desenvolvido também no contexto da enfermagem em Portugal, obteve diferenças muito reduzidas nesta área, que não permitiram o estabelecimento de uma relação entre o presentismo e as habilitações académicas dos enfermeiros, apesar dos resultados demonstrarem uma tendência inversa à encontrada no presente estudo.

Quanto ao facto dos enfermeiros terem pessoas dependentes a seu cargo ou a não desenvolverem qualquer atividade de lazer, o presente estudo encontrou uma tendência dos enfermeiros com estas características para um maior comprometimento psicológico e físico, com conseqüente prejuízo no seu desempenho profissional, apesar dos resultados obtidos não serem significativos. Já o modelo do presentismo de Johns (2010) alertava para a importância das dinâmicas sociais que envolvem os trabalhadores e para a influência que os diversos fatores que as integram exercem sobre o fenómeno do presentismo.

5.3. Presentismo e Características Profissionais dos Enfermeiros

No que refere às variáveis profissionais (local de trabalho; vínculo profissional; turno de trabalho; experiência profissional; antiguidade no serviço e stress no trabalho), foi possível encontrar diferenças significativas quanto ao local de trabalho; à antiguidade no serviço e o considerar o trabalho stressante, em relação ao presentismo nos enfermeiros.

Assim, foi possível observar maior significância na relação entre as variáveis profissionais e o presentismo do que nas variáveis sociodemográficas, o que está de acordo com Huver *et al.* (2012) que defendeu no seu estudo que as variáveis profissionais assumem um efeito muito mais preponderante sobre o presentismo do que as variáveis sociodemográficas.

Os enfermeiros que exercem a profissão em meio hospitalar demonstraram maior afetação pelo presentismo, com maior comprometimento físico e psicológico, do que aqueles que atuam no âmbito dos CSP. Esta descoberta pode de alguma forma explicar a tendência que existe na literatura para o estudo do presentismo em enfermeiros em contexto hospitalar, denotando-se uma grande lacuna no que se refere aos restantes contextos da prática da enfermagem, nomeadamente os CSP. Senão vejamos os estudos de Letvak, Ruhm e Gupta, 2012; Martinez e Ferreira, 2012; Umann, Guido e Grazziano, 2012; Laranjeira, 2013; Paschoalin *et al.*, 2013 e mais recentemente Kim *et al.*, 2016, todos desenvolvidos em meio hospitalar apesar de se inserirem em diferentes contextos. Assim, não existe ainda na literatura do presentismo em enfermagem dados suficientes que corroborem os encontrados no presente estudo. No entanto parece-nos curioso que exista já uma maior tendência para a associação do presentismo aos enfermeiros hospitalares.

Passando agora para a análise da relação entre a antiguidade no serviço e o presentismo nos enfermeiros, podemos constatar que os enfermeiros com menor número de anos de trabalho no serviço apresentam maior afetação psicológica, menor capacidade para completar o trabalho e pior desempenho global no trabalho, comparativamente aos enfermeiros com mais anos de trabalho no serviço. Quanto à experiência profissional, não encontramos diferenças significativas que pudessem justificar a sua interferência no presentismo, verificando-se no entanto uma tendência também dos enfermeiros com menos anos de experiência profissional para maior afetação pelo presentismo.

Se olharmos para a literatura, verificamos que esta corrobora os resultados alcançados, sendo a experiência associada a uma maior capacidade de manter o desempenho profissional apesar das adversidades, com menor afetação pelo presentismo (Martinez e Ferreira, 2012; Umann, Guido e Grazziano, 2012; Palha, 2014; Borges *et al.*, 2016). Também o estudo de Marôco *et al.* (2016), desenvolvido sobre a síndrome de burnout em médicos e enfermeiros portugueses, está de acordo com os resultados obtidos no presente estudo, confirmando a tendência que existe nos enfermeiros mais jovens (com menor tempo de serviço na profissão/serviço) para um maior comprometimento psicológico e para maiores níveis de burnout e pior desempenho no trabalho. No entanto, verifica-se também na literatura do presentismo uma preocupação com o envelhecimento da classe profissional de enfermagem, existindo autores que associam o aumento da idade a uma deterioração do estado de saúde dos trabalhadores, com uma possível perda na produtividade e desempenho destes (Middaugh, 2006; Letvak, Ruhm e Gupta, 2012; Yang, 2016).

Neste sentido, tanto a antiguidade de trabalho no serviço como a experiência profissional poderão estar relacionadas por um lado com uma maior apetência para ultrapassar dificuldades e encontrar estratégias que permitam desempenhar as funções profissionais como poderão por outro associar-se a uma gradual degradação da saúde e consequente perda de rendimento (Middaugh, 2006; Letvak, Ruhm e Gupta, 2012; Martinez e Ferreira, 2012; Umann, Guido e Grazziano, 2012; Palha, 2014; Borges *et al.*, 2016; Yang, 2016).

Quanto ao vínculo profissional e ao turno de trabalho, não se verificaram diferenças significativas que permitissem aferir quanto à sua relação com o presentismo nos enfermeiros. No entanto, foi possível através da comparação de médias observar uma tendência dos enfermeiros com vínculo precário e com turno de trabalho rotativo para uma maior afetação pelo presentismo, com maior comprometimento físico e psicológico e com pior desempenho no trabalho. Estes achados estão provavelmente relacionados com a situação precária vivenciada pelos enfermeiros portugueses que têm demonstrado insatisfação com a carreira, remuneração e reconhecimento profissional (Mendes e Mantovani, 2010; EFN, 2012; Gomes, 2014) e também com as exigências próprias da enfermagem (como a rotatividade de turnos), já antes mencionados como possíveis fatores promotores do presentismo em enfermeiros (Borges, 2012; Letvak, Ruhm e Gupta, 2012; Paschoalin, Griep e Lisboa, 2012; Umann, Guido e Grazziano, 2012).

Por último, verificou-se no presente estudo uma relação entre o presentismo e o facto dos enfermeiros considerarem o seu trabalho stressante, com diferenças estatisticamente significativas na capacidade psicológica e no desempenho e rendimento profissional destes.

Perante estes resultados, constata-se que os enfermeiros que vivenciam e reconhecem o stress laboral a que estão sujeitos diariamente na sua profissão, demonstram uma maior tendência para o presentismo, com maior afetação psicológica e física e com pior desempenho no trabalho. O stress é aliás um fenómeno muitas vezes associado à profissão de enfermagem com inúmeras consequências para a saúde de enfermeiros e utentes e que tem vindo a ser alvo de inúmeros estudos e diretrizes que procuram minimizar os riscos ocupacionais e promover a saúde e segurança dos trabalhadores (Middaugh, 2006; OMS, 2010; Borges, 2012; Martinez e Ferreira, 2012; Gomes, 2014; Palha, 2014; AESST, 2015; Khamisa *et al.*, 2015; Marôco *et al.*, 2016).

5.4. Presentismo e Problemas de Saúde dos Enfermeiros

No presente estudo verificamos que as cefaleias/enxaquecas, o stress, as lombalgias, as gripes/constipações e a ansiedade representaram, por ordem decrescente, os principais problemas de saúde entre os enfermeiros. No entanto, de entre estes problemas de saúde, apenas as cefaleias/enxaquecas; o stress e as lombalgias apresentaram diferenças estatisticamente significativas na relação com o presentismo, sendo que os enfermeiros com cefaleias/enxaquecas, stress e lombalgias demonstraram maior comprometimento psicológico e físico, com pior desempenho no trabalho perante o presentismo.

A prevalência de gripes/constipações e de ansiedade entre os enfermeiros, apesar de não apresentar resultados estatisticamente significativos com o presentismo, demonstrou ainda assim uma tendência dos enfermeiros com estes problemas de saúde para um maior comprometimento no desempenho global no trabalho.

Estes achados vão ao encontro do que se tem verificado na literatura do presentismo nesta área, onde as cefaleias/enxaquecas; as gripes/constipações e as lombalgias têm sido

frequentemente mencionados como os principais problemas de saúde de ordem física a afetar os profissionais de enfermagem, e o stress e a ansiedade a constituírem, por sua vez, os principais problemas de ordem psicológica entre esta classe profissional (Ferreira *et al.*, 2010; Letvak, Ruhm e Gupta, 2012; Martinez e Ferreira, 2012; Palha, 2014).

No que diz respeito a problemas gastrointestinais, mais uma vez os resultados não demonstraram ser significativos, observando-se no entanto uma tendência dos enfermeiros que mencionaram este problema para um maior comprometimento físico e psicológico, com maior afetação pelo presentismo. De facto, no presente estudo os problemas gastrointestinais foram mencionados por um reduzido número de enfermeiros, ao contrário do que se verifica em outros estudos como os de Martinez e Ferreira (2012) e de Palha (2014), o que nos leva a refletir sobre a influência que a época do ano detém sobre estes aspetos. Assim, tanto o período a que o instrumento reporta como o período em que o mesmo é aplicado pode ter um efeito preponderante nos resultados alcançados, sendo que neste estudo o instrumento reportou para o último mês apenas e foi aplicado durante o inverno, altura em que os problemas gastrointestinais têm frequentemente uma menor incidência.

Da mesma forma, é interessante verificar que no atual estudo a depressão foi mencionada por apenas 4,6% dos enfermeiros, valor um pouco inferior ao que se tem verificado em outros estudos do presentismo em enfermeiros (Letvak, Ruhm e Gupta, 2012; Paschoalin, Griep e Lisboa, 2012; Palha, 2014). Mais uma vez este achado pode estar relacionado com o período do ano em que o instrumento foi aplicado (inverno). No entanto, interessa também ressaltar que apesar de se associar muitas vezes a depressão a profissões de stress e de grande desgaste físico e psicológico como é o caso da enfermagem (Borges, 2012; Paschoalin, Griep e Lisboa, 2012; Umann, Guido e Grazziano, 2012; Laranjeira, 2013; Perry *et al.*, 2015), a literatura tem demonstrado que os enfermeiros, apesar de expostos a vários riscos profissionais como o stress, conseguem frequentemente ultrapassar as dificuldades e demonstrar um menor comprometimento físico e psicológico do que seria de esperar à primeira vista (Palha, 2014; Borges *et al.*, 2016).

Os restantes problemas de saúde analisados neste estudo (alergias, sinusite, asma, artrite e dermatite) apresentaram também uma baixa prevalência entre os enfermeiros. Contudo, foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros com alergias e com asma em relação ao presentismo, existindo um maior

comprometimento destes no desempenho profissional. Quanto à sinusite, artrite, dermatite e outros problemas de saúde mencionados pelos enfermeiros, apesar dos resultados não serem significativos, observou-se igualmente uma tendência para uma maior afetação pelo presentismo dos enfermeiros com estes problemas de saúde. À semelhança do que se verificou no presente estudo, estes problemas de saúde não têm assumido grande relevo na literatura do presentismo em enfermeiros, sendo poucas vezes mencionados e ainda menos vezes estudada a sua relação com o presentismo. No estudo de Palha (2014) por exemplo, os resultados obtidos apresentaram algumas controvérsias e não permitiram o estabelecimento de uma relação entre estes problemas e o presentismo em enfermeiros.

Para finalizar e tendo por base os resultados alcançados quanto aos problemas de saúde e sua relação com o presentismo em enfermeiros, parece-nos que esta classe profissional está de facto sujeita a grandes riscos psicossociais, entre os quais se destacam o stress, a ansiedade, o bullying e o burnout (Borges, 2012; Letvak, Ruhm e Gupta, 2012; Gomes, 2014; Borges e Ferreira, 2015; Khamisa *et al.*, 2015; Perry *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2015; Borges *et al.*, 2016; Marôco *et al.*, 2016).

Interessa também acrescentar que, como referido no primeiro capítulo deste trabalho, o presentismo associa-se a inúmeros fatores e a forma como este é vivenciado é única para cada trabalhador. Neste sentido, os problemas de saúde inerentes ao fenómeno do presentismo revelarão maior ou menor impacto no desempenho profissional consoante as suas especificidades e as tarefas profissionais em questão. Ou seja, problemas de saúde de ordem física terão maior impacto no desempenho de funções de exigência física e problemas de saúde de ordem psicológica serão mais limitativos para o desenvolvimento de tarefas de raciocínio e concentração (Hemp, 2004; Johns, 2010). Da mesma forma, problemas de saúde de diagnóstico idêntico não conduzem necessariamente a respostas idênticas por parte dos trabalhadores e por isso trabalhadores com o mesmo problema de saúde poderão apresentar diferentes níveis de comprometimento físico e psicológico, com maior ou menor afetação pelo presentismo, de acordo com inúmeros outros fatores que intervêm neste contexto (Johns, 2010; Johns, 2011).

A promoção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis passa assim também pela prevenção e gestão dos problemas de saúde nos trabalhadores. Não podemos esquecer que isto só é possível se se conhecerem os riscos e principais problemas de saúde que se associam a cada contexto, a cada classe profissional, suas características e singularidades.

CONCLUSÃO E SUGESTÕES

O desempenho da atividade laboral assume de facto extrema importância na vida e saúde de trabalhadores e sociedade em geral uma vez que o trabalho não só é fonte de sustento financeiro e de realização e desenvolvimento pessoal, familiar e social dos indivíduos, como constitui também o local onde estes passam grande parte do tempo das suas vidas e onde estão expostos a inúmeros e diferentes riscos (físicos, psicossociais, entre outros) (OMS, 2010; Silva e Tolfo, 2012; DGS, 2013; OE, 2014).

Por outro lado, não só o trabalho influencia a saúde e o bem-estar dos trabalhadores como também o trabalho é afetado pela condição de saúde e bem-estar dos trabalhadores. Deste modo, a saúde ocupacional enfrenta grandes desafios enquanto *“visa garantir ambientes de trabalho saudáveis que: evitem ou minimizem a exposição profissional a fatores de risco (...); assegurem uma elevada qualidade de vida no trabalho; e permitam alcançar elevados níveis de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social a todos os trabalhadores”* (DGS, 2013, p. 5).

O presentismo (ato de ir trabalhar estando doente), sendo um fenómeno real, com efeitos reais e consideráveis sobre a saúde e desempenho profissional dos trabalhadores e consequentemente sobre a produtividade das empresas e economia dos países, tem assim vindo a assumir relevo na literatura atual (Hemp, 2004; Ferreira *et al.*, 2010; Johns, 2010; Huver *et al.*, 2012; Sanderson e Cocker, 2013).

A enfermagem, enquanto profissão de elevado desgaste físico e psicológico, exposta a inúmeros riscos laborais e, por outro lado, com um papel determinante sobre a saúde e bem-estar de outros, tem sido associada ao presentismo em vários estudos, que

demonstram a relevância que este fenômeno tem vindo a assumir para enfermeiros, utentes e sociedade em geral (Letvak *et al.*, 2012; Martinez e Ferreira, 2012; Paschoalin *et al.*, 2012; Umann *et al.*, 2012; Laranjeira, 2013; Palha, 2014; Borges *et al.*, 2016).

O presente estudo corrobora estas constatações, sendo que os resultados obtidos indicaram que 91,4% dos enfermeiros foi trabalhar, no último mês, com um ou mais problemas de saúde, revelando presentismo. Para além disso, foi possível verificar um maior comprometimento psicológico do que físico dos enfermeiros.

No estudo da relação entre o presentismo e as características sociodemográficas dos enfermeiros não foram observadas diferenças significativas. As características profissionais local de trabalho; antiguidade no serviço e considerar o trabalho stressante demonstraram, por sua vez, relação com o presentismo, com os enfermeiros a trabalhar em contexto hospitalar; com menor número de anos de trabalho no serviço e que consideram o seu trabalho stressante a apresentarem maior afetação física e psicológica, assim como, pior desempenho global no trabalho. As cefaleias/enxaquecas, o stress, as lombalgias, as gripes/constipações e a ansiedade constituíram os principais problemas de saúde entre os enfermeiros. Destes problemas de saúde, as cefaleias/enxaquecas; o stress e as lombalgias revelaram relação com o presentismo, observando-se um maior comprometimento físico e psicológico, com pior desempenho no trabalho, dos enfermeiros com estes problemas de saúde perante o presentismo.

Não obstante os resultados alcançados, verificam-se ainda inúmeras lacunas na literatura atual do presentismo em enfermeiros, com algumas controvérsias e falta de informação válida em áreas como: a relação entre características sociodemográficas e o presentismo; a interação entre trabalho-família e o presentismo e também a relação entre alguns problemas de saúde menos evidentes e o presentismo, uma vez que nem sempre é considerada a sazonalidade de alguns desses problemas de saúde, sendo os estudos conduzidos em diferentes períodos do ano. Depois, também grande parte dos estudos existentes foram desenvolvidos em âmbito hospitalar, denotando-se a falta de estudos que integrem outras áreas de atuação da enfermagem.

Futuros estudos que abordem estes e outros aspetos inerentes aos enfermeiros, como as habilitações literárias destes e o presentismo; a idade e experiência profissional e o presentismo; a prestação de cuidados à família ou a um membro dependente a cargo e o presentismo e até mesmo o desenvolvimento ou não de atividades de lazer e o presentismo, mostram-se necessários e importantes para uma melhor compreensão dos

fatores inerentes ao fenómeno do presentismo em enfermeiros e suas consequências.

O presente estudo, por sua vez, apresenta também algumas limitações pelo facto de ser um estudo transversal e de amostragem por redes, não permitindo a extrapolação dos resultados. É também um estudo com pouca representatividade de enfermeiros de outras regiões do país que não o norte e reconhece-se ainda a necessidade de estudos como este alcançarem amostras de maiores dimensões. Por último, o espaço temporal deve ser outro aspeto a considerar pois a aplicação do instrumento de colheita de dados do presente estudo foi feita num período de tempo muito específico e com particularidades próprias.

Realça-se o facto do presentismo em enfermeiros ser influenciado por uma multiplicidade de fatores. O presente estudo vem reafirmar a importância que deve ser dada à condição de saúde dos enfermeiros portugueses e neste contexto ao presentismo em enfermagem e suas variáveis, sob pena de continuarmos a assistir a um contínuo desgaste físico mas principalmente psicológico e emocional dos enfermeiros portugueses, com consequências para a saúde destes profissionais e daqueles que estão aos seus cuidados.

Espera-se que a informação obtida por este estudo seja alvo de divulgação na comunidade científica e permita o desenvolvimento de programas de intervenção que visem prevenir e minimizar os riscos do presentismo em enfermeiros, promovendo assim a saúde e segurança destes profissionais e das pessoas alvo dos seus cuidados

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMASACHEW, Lul e DAWSON, Jeremy. The association between presenteeism and engagement of National Health Service staff. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2011, vol. 16, pp. 29-33.

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (AESST). *Prioridades da investigação no domínio da segurança e saúde no trabalho na Europa: 2013–2020* [Em linha]. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2014. [Consult. 10 Fev. 2016]. Disponível em: <https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/OSH%20research%20priorities%20summary%20-%20pt.pdf>.

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (AESST). *Locais de trabalho saudáveis – gestão do stresse. Prémios de boas práticas «Locais de Trabalho Seguros e Saudáveis» 2014-2015* [Em linha]. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2015. [Consult. 10 Fev. 2016]. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/reports/healthy-workplaces-good-practice-awards-2014-2015>.

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (AESST). *Healthy Workplaces for All Ages - Promoting a sustainable working life. Campaign Guide* [Em linha]. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2016. [Consult. 16 Mar. 2016]. Disponível em: <https://www.healthy-workplaces.eu/all-ages-splash-page/documents/HWC2016-campaign-guide.pdf>.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial: Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. In *Assembleia Geral da Associação Médica Mundial*, 59, Seul, 2008 [Em linha]. Seul: Associação Médica Mundial. [Consult. 10 Fev. 2016]. Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf.

ARONSSON, Gunnar; GUSTAFSSON, Klas e DALLNER, Margareta. Sick but yet at work: An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology & Community Health* [Em linha]. Fevereiro 2000, vol. 54, n.º 7, pp. 502–509. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: <http://jech.bmj.com/content/54/7/502.full.pdf+html>.

BAKKER, Arnold e DEMEROUTI, Evangelia. The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology* [Em linha]. Outubro 2006, vol. 22, nº 3, pp. 309-328. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: [http://www.hetzuijderlicht.nl/images/cursusmateriaal/intellectueelavontuur/coll02/Intellectueel Avontuur 2 JDR Explained articles arnold bakker 159.pdf](http://www.hetzuijderlicht.nl/images/cursusmateriaal/intellectueelavontuur/coll02/Intellectueel%20Avontuur%20JDR%20Explained%20articles%20arnold%20bakker%20159.pdf).

BORGES, Elisabete Maria das Neves. *Qualidade de Vida Relacionada com o Trabalho: Stress e Violência Psicológica nos Enfermeiros*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, 2012.

BORGES, Elisabete e FERREIRA, Teresa. Bullying no trabalho: Adaptação do Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) em enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2015, nº 13, pp. 25-33.

BORGES, Elisabete [et al.]. Presentismo: trabalho completado e distração evitada em enfermeiros. In *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária*, Porto, 2016 [Em linha]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, p. 14 [Consult. 20 Jun. 2016]. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/jiec16_lvres.pdf.

CARLOTTO, Mary [et al.]. Hardiness and Burnout Syndrome: A Cross-Cultural Study among Portuguese and Brazilian Nurses. *Temas em Psicologia* [Em linha]. 2014, vol. 22, nº 1, pp. 121-132. [Consult. 9 Jun. 2016]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n1/v22n1a10.pdf>.

CHAPMAN, Larry S. Presenteeism and its Role in Worksite Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 2005, vol. 19, nº 4, pp. 1-8.

COOPER, Cary e DEWE, Philip. Well-being - absenteeism, presenteeism, costs and challenges. *Occupational Medicine* [Em linha]. 2008, vol. 58, nº 8, pp. 522-524. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: <http://ocmed.oxfordjournals.org/content/58/8/522.full.pdf+html>.

DEERY, Stephen; WALSH, Janet e ZATZICK, Christopher. A moderated mediation analysis of job demands, presenteeism, and absenteeism. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 2014, vol. 87, nº 2, pp. 352-369.

DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Anatomia da Crise. In *Conferência sobre Crise Financeira e Económica Mundial e seu Impacto no Desenvolvimento*, [S.l.], 2008 [Em linha]. [S.l.]: Centro Regional de Informação das Nações Unidas (UNRIC). [consult. 9 Jan. 2016]. Disponível em: <http://www.unric.org/pt/novedades-desenvolvimento-economico-e-social/24206>.

DEWES, João Osvaldo. *Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos* [Em linha]. Monografia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013. [consult. 9 Jan. 2016]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93246/000915046.pdf?sequence=1>.

DIREÇÃO-GERAL DA SEGURANÇA SOCIAL. *Subsídio de Doença* [Em linha]. [S.l.]: Direção-Geral da Segurança Social, 2015. [consult. 9 Jan. 2016]. Disponível em: [http://www.seg-social.pt/documents/10152/13304/Subs%C3%ADdio Doen%C3%A7a/132521b6-278f-48e8-a7de-c5e216865f23/132521b6-278f-48e8-a7de-c5e216865f23](http://www.seg-social.pt/documents/10152/13304/Subs%C3%ADdio%20Doen%C3%A7a/132521b6-278f-48e8-a7de-c5e216865f23/132521b6-278f-48e8-a7de-c5e216865f23).

EFN - European Federation of Nurses Associations. *Caring in Crisis: The Impact of the Financial Crisis on Nurses and Nursing* [Em linha]. [S.l.]: EFN, 2012. [consult. 3 Jun. 2016]. Disponível em: <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2012/05/EFN-Report-on-the-Impact-of-the-Financial-Crisis-on-Nurses-and-Nursing-January-20122.pdf>.

ENDICOTT, Jean e NEE, John. Endicott Work Productivity Scale (EWPS): A New Measure to Assess Treatment Effects. *Psychopharmacology Bulletin*, 1997, vol. 33, nº 1, pp. 13-16.

FABIANO, Isabela e RENAULT, Luiz. Crise Financeira Mundial: Tempo de Socializar Prejuízos e Ganhos. *Revista do Tribunal Regional do Trabalho* [Em linha]. Julho/Dezembro 2008, vol. 48, nº 78, pp. 195-217. [Consult. 10 Fev. 2016]. Disponível em: http://www.trt3.jus.br/escola/download/revista/rev_78/isabela_fabiano_luiz_otavio_renault.pdf.

FERREIRA, Aristides [et al.]. Tradução e Validação para a Língua Portuguesa das Escalas de Presentismo WLQ-8 e SPS-6. *Avaliação Psicológica* [Em linha]. Agosto 2010, vol. 9, nº 2, pp. 253-266. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000200010.

FORTIN, Marie-Fabienne. *O processo de investigação - da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 2009.

GARCÍA, Marcos de Antonio. Problemática multifactorial del absentismo laboral, el presentismo y la procrastinación en las estructuras en que se desenvuelve el trabajador. *Medicina y Seguridad del trabajo* [Em linha]. Abril/Junho 2011, vol. 57, nº 223, pp. 111-120. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000200004.

GIL, António Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisas Social*. São Paulo: Atlas, 2008.

GILWORTH, Gill [et al.]. Development of a work instability scale for rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* [Em linha]. Junho 2003, vol. 49, nº 3, pp. 349-354. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.11114/epdf>.

GOSELIN, Éric e LAUZIER, Martin. Le présentéisme: Lorsque la présence n'est pas garante de la performance. *Revue française de gestion* [Em linha]. Fevereiro 2011, nº 211/2010, pp. 15-27. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Martin_Lauzier/publication/268982759_Le_prsentisme_Lorsque_la_prsence_nest_pas_garante_de_la_performance/links/547d05ac0cf2cfe203c1fffa.pdf.

GOMES, António Rui Silva. Stress Ocupacional em Profissionais de Saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. *Revista Interamericana de Psicología* [Em linha]. 2014, vol. 48, nº 1, pp. 129-141. [Consult. 3 Jun. 2016]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/31651/1/6-Artigo-SO-M%C3%A9dicos%20e%20Enfermeiros-R%20Gomes-Revista%20Interamer%20de%20Psicologia.pdf>.

GREENHAUS, Jeffrey e POWELL, Gary. When Work and Family are Allies: A Theory of Work-Family Enrichment. *Academy of Management Review* [Em linha]. Janeiro 2006, vol. 31, nº 1, pp. 72-92. [consult. 9 Jan. 2016]. Disponível em: <http://down.cenet.org.cn/upfile/47/2006421286155.pdf>.

HEMP, Paul. Presenteeism: At Work-But Out of It. *Harvard Business Review* [Em linha]. Outubro 2004, pp. 49-58. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Fachthemen/Hemp_2004_Presenteeism.pdf.

HEUVEL, Swenne G. [et al.]. Productivity Loss at Work; Health-Related and Work-Related Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation* [Em linha]. Novembro 2009, vol. 20, nº 3, pp. 331-339. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Swenne_Van_den_Heuvel/publication/38097163_Productivity_Loss_at_Work_Health-Related_and_Work-Related_Factors/links/02e7e51908b8167014000000.pdf.

HUVER, Benjamin [et al.]. Sick but at Work. An Econometric Approach to Presenteeism. *15th IZA European Summer School in Labor Economics* [Em linha]. Abril 2012, vol. 23, nº 29, pp. 1-22. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.224.604&rep=rep1&type=pdf>.

JOHNS, Gary. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior* [Em linha]. 2010, vol. 31, nº 4, pp. 519-542. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: <http://www.mas.org.uk/uploads/artlib/presenteeism-in-the-workplace-review-and-research-agenda-johns-2010.pdf>.

JOHNS, Gary. Attendance Dynamics at Work: The Antecedents and Correlates of Presenteeism, Absenteeism, and Productivity Loss. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2011, vol. 16, nº 4, pp. 483-500.

KESSLER, Ronald [et al.]. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *Journal of Occupational and Environmental Medicine* [Em linha]. Fevereiro 2003, vol. 45, nº 2, pp. 156-174. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: <http://users.skynet.be/bs939021/artikels/the%20world%20health%20organization.pdf>.

KHAMISA, Natasha [et al.]. Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Em linha]. Janeiro 2015, nº 12, pp. 652-666. [Consult. 4 Abr. 2016]. Disponível em: <http://www.mdpi.com/1660-4601/12/1/652/htm>.

KIM, Joohyun [et al.]. Sickness Experiences of Korean Registered Nurses at Work: A Qualitative Study on Presenteeism. *Asian Nursing Research* [Em linha]. 2016, nº 10, pp. 32-38. [Consult. 4 Abr. 2016]. Disponível em: https://kan.or.kr/kor/shop_sun/files/anr_img/201601/mm_201604011203380.pdf.

KOOPMAN, Cheryl [et al.]. Stanford Presenteeism Scale: Health Status and Employee Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* [Em linha]. Janeiro 2002, vol. 44, nº 1, pp. 14-20. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: http://www.drpelletier.com/chip/pdf/CHIP-stanford_presenteeism_scale.pdf.

KUMAR, Ritesh [et al.]. Validation of the Health-Related Productivity Questionnaire Diary (HRPQ-D) on a sample of patients with infectious mononucleosis: results from a phase 1 multicenter clinical trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2003, vol. 45, nº 8, pp. 899-907.

LALIĆ, Hrvoje e HROMIN, Manuela. Presenteeism Towards Absenteeism: Manual Work Versus Sedentary Work, Private Versus Governmental – A Croatian Review. *Collegium Antropologicum* [Em linha]. 2012, vol. 36, nº 1, pp. 111-116. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=117066.

LARANJEIRA, Carlos. Validation of the Portuguese version of the Stanford Presenteeism Scale in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 2013, vol. 19, nº 6, pp. 644-650.

LEI nº 35/2014. *D.R. I Série*. Nº 117 (20-06-2014) p. 3220-3304.

LERNER, Debra [et al.]. The Angina-related Limitations at Work Questionnaire. *Quality of Life Research* [Em linha]. 1998, vol. 7, pp. 23-32. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em:

http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40296821/The_Angina-related_Limitations_at_Work_Q20151123-19962-oq9lv.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1467737203&Signature=Uo1nrLOMEiOX8wCOjAeDHmWYb0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DThe_Angina-related_Limitations_at_Work_Q.pdf.

LERNER, Debra [et al.]. The migraine work and productivity loss questionnaire: Concepts and design. *Quality of Life Research* [Em linha]. 1999, vol. 8, nº 8, pp. 699-710. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Debra_Lerner/publication/12463950_The_migraine_work_and_productivity_loss_questionnaire_Concepts_and_design/links/0c96051a7ab1301dba000000.pdf.

LERNER, Debra [et al.]. The Work Limitations Questionnaire. *Medical Care* [Em linha]. Janeiro 2001, vol. 39, nº 1, pp. 72-85. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Debra_Lerner/publication/12153282_The_Work_Limitations_Questionnaire/links/0c96051a7ab14148d2000000.pdf.

LETVAK, Susan; RUHM, Christopher e GUPTA, Sat. Original research: Nurses' Presenteeism and Its Effects on Self-Reported Quality of Care and Costs. *American Journal of Nursing* [Em linha]. 2012, vol. 112, nº 2, pp. 30-38. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/S_Letvak_Nurses_2012.pdf.

MARÔCO, JOÃO [et al.]. Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa* [Em linha]. Janeiro 2016, vol. 29, nº 1, pp. 24-30. [Consult. 3 Jun. 2016]. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6460/4534>.

MARTINEZ, Luis e FERREIRA, Aristides. Sick at Work: Presenteeism among Nurses in a Portuguese Public Hospital. *Stress and Health* [Em linha]. Outubro 2012, vol. 28, nº 4, pp. 297-304. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Aristides_Ferreira/publication/221781974_Sick_at_Work_Presenteeism_among_Nurses_in_a_Portuguese_Public_Hospital/links/0046351e0178400f83000000.pdf.

MATTHE, Soeren [et al.]. A Review of Methods to Measure Health-related Productivity Loss. *American Journal of Managed Care* [Em Linha]. Abril 2007, vol. 13, nº 4, pp. 211-217. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: http://www.healthycommunitiesme.org/assets/files/Worksite%20Wellness/100808%20Workshop%20Materials/PresenteeismScales_AJMC.pdf.

MENDES, Felismina Rosa Parreira e MANTOVANI, Maria de Fátima. Dinâmicas atuais da enfermagem em Portugal: a representação dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Em Linha]. Março/Abril 2010, vol. 63, nº 2, pp. 209-215. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: <http://www.rdp.uevora.pt/bitstream/10174/2413/1/Mendes%20e%20Mantovani.pdf>.

MERRILL, Ray [et al.]. Presenteeism According to Healthy Behaviors, Physical Health, and Work Environment. *Population Health Management*, 2012, vol. 15, nº 5, pp. 293-301.

MIDDAUGH, Donna. Presenteeism: Sick and Tired at Work. *MEDSURG Nursing*, 2006, vol. 15, nº 2, pp. 103-105.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Estudo sobre situação profissional dos jovens enfermeiros em Portugal* [Em linha]. Lisboa: OE, 2009. [Consult. 09 Jan. 2016]. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/estudo_empregabilidade_e_jovens_enf.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *O Enfermeiro do Trabalho na Gestão de Saúde Ocupacional* [Em linha]. [S.l.]: OE, 2014. [Consult. 09 Jan. 2016]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livroenfermagemtrabalhoos_vfinal_proteg.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Dados Estatísticos a 31-12-2014* [Em linha]. [S.l.]: OE, 2015a. [Consult. 09 Jan. 2016]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE* [Em linha]. [S.l.]: OE, 2015b. [Consult. 09 Jan. 2016]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Ambientes de trabalho saudáveis: Um modelo para ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais* [Em linha]. Brasília: OMS, 2010. [Consult. 09 Jan. 2016]. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf.

PALHA, Cátia Daniela dos Santos. *O presentismo em enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014.

PASCHOALIN, Heloisa; GRIEP, Rosane e LISBOA, Márcia. A produção Científica sobre o Presenteísmo na Enfermagem e suas Repercussões no Cuidado. *Revista de Atenção Primária à Saúde* [Em Linha]. Julho/Setembro 2012, vol. 15, nº 3, pp. 306-311. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/11908/2/rosane_griep7_etal_IOC_2013.pdf.

PASCHOALIN, Heloisa [et al.]. Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do Stanford Presenteeism Scale para avaliação do presenteísmo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Em Linha]. Janeiro/Fevereiro 2013, vol. 21, nº 1, pp. 388-395. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2814/281425765014/>.

PEDRO, Carla. Primeira Linha [Trabalho e Saúde]: Presentismo, a nova epidemia. *Jornal de Negócios* [Em Linha]. Junho 2007, pp. 4-7. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: http://cdn.negocios.xl.pt/files/2014-06/24-06-2014_12_11_01_Presentismo_final.pdf.

PEREIRA, Ana [et al.]. Burnout e interação trabalho-família em enfermeiros: Estudo exploratório com o Survey Work-Home Interaction Nijmegen (SWING). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Em Linha]. Junho 2014, nº 11, pp. 24-30. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1647-21602014000200004&script=sci_arttext&tlng=es.

PERRY, Lin [et al.]. The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey. *BMC Nursing* [Em Linha]. Março 2015, vol. 14, nº 15, pp. 1-8. [Consult. 4 Abr. 2016]. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0068-8>.

PESTANA, Maria Helena e GAGEIRO, João Nunes. *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (DGS). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – 2º Ciclo 2013/2017* [Em linha]. Lisboa: DGS, 2013. [Consult. 9 Jan. 2016]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/programa-nacional/pnsoc-2013-2017.aspx>.

PRATER, Tammy e SMITH, Kim. Underlying Factors Contributing To Presenteeism And Absenteeism. *Journal of Business & Economics Research* [Em linha]. Junho 2011, vol. 9, nº 6, pp. 1-14. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: <http://cluteinstitute.com/ojs/index.php/JBER/article/viewFile/4374/4461>.

RANTANEN, Lina e TUOMINEN, Risto. Relative magnitude of presenteeism and absenteeism and work-related factors affecting them among health care professionals. *International Archives of Occupational and Environmental Health* [Em linha]. 2011, vol. 84, nº 2, pp. 225-230. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: <http://www.muiereslibresdeviolencia.usmp.edu.pe/wp-content/uploads/2014/09/AUSENTISMO-PRESENTTEEISM-2.pdf>.

REILLY, Margaret; ZBROZEK, Arthur e DUKES, Ellen. The Validity and Reproducibility of a Work Productivity and Activity Impairment Instrument. *PharmacoEconomics*, 1993, vol. 4, nº 5, p. 353-365.

RHODES, Stephen M. e COLLINS, Sandra. The Organizational Impact of Presenteeism. *Radiology Management*, 2015, vol. 37, nº 5, pp.27-32.

ROIJEN, Leona [et al.]. Labor and Health Status in Economic Evaluation of Health Care: The Health and Labor Questionnaire. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1996, vol. 12, nº 3, pp. 405-415.

SANDERSON, Kristy e COCKER, Fiona. Presenteeism: Implications and health risks. *Australian Family Physician* [Em linha]. Abril 2013, vol. 42, nº 4, pp. 172-175. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: <http://www.racgp.org.au/afp/2013/april/presenteeism/>.

SCHULTZ, Alyssa e EDINGTON, Dee. Employee Health and Presenteeism: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2007, vol. 17, nº 3, pp. 547-579.

SCHULTZ, Alyssa; CHEN, Chin-Yu e EDINGTON, Dee. The Cost and Impact of Health Conditions on Presenteeism to Employers. *Pharmacoeconomics*, 2009, vol. 27, nº 5, pp. 365-378.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; INOCENTE, David e MIURA, Irene. Aprendizagem organizacional e gestão do conhecimento: Pautas para a gestão de pessoas. *Revista Brasileira de Orientação Profissional* [Em linha]. Dezembro 2011, vol. 12, nº 2, pp. 227-239. [Consult. 3 Jun. 2016]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902011000200010.

SCUFFHAM, Paul; VECCHIO, Nerina e WHITEFORD, Harvey. Exploring the Validity of HPQ-Based Presenteeism Measures to Estimate Productivity Losses in the Health and Education Sectors. *Medical Decision Making* [Em linha]. Agosto 2013, pp. 1-11. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Paul_Scuffham/publication/255178863_Exploring_the_Validity_of_HPQ-Based_Presenteeism_Measures_to_Estimate_Productivity_Losses_in_the_Health_and_Education_Sectors/links/0deec52829ce24a9ee000000.pdf.

SHEAGHDHA, Phil Ni. Presenteeism: Findings of the INMO/DCU health and wellbeing survey. *World of Irish Nursing & Midwifery*. [Em linha]. Setem bro 2015, vol. 23, nº 7, pp. 33. [Consult. 3 Jun. 2016]. Disponível em:

https://www.inmo.ie/tempDocs/20150903071242_FULL%20ISSUE%20WIN%20SEPT%202015.pdf.

SHIKIAR, Richard [et al.]. The Health and Work Questionnaire (HWQ): An Instrument for Assessing Workplace Productivity in Relation to Workes Health. *Value in Health* [Em linha]. Março 2001, vol. 4, nº 2, pp. 181. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1524-4733.2001.40202-294.x/abstract>.

SILVA, Melani [et al.]. Burnout e Engagement em Profissionais de Saúde do Interior-Norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças* [Em linha]. 2015, vol. 16, nº 3, pp. 286-299. [Consult. 3 Jun. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1645-00862015000300002.

SILVA, Narbal e TOLFO, Suzana. Trabalho significativo e felicidade humana: explorando aproximações. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho* [Em linha]. Setembro/Dezembro 2012, vol. 12, nº 3, p. 341-354. [Consult. 7 Jul. 2016]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n3/v12n3a08.pdf>.

SOUSA, Valmi; DRIESSNACK, Martha e MENDES, Isabel. Revisão dos Desenhos de Pesquisa Relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de Pesquisa Quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. Maio/Junho 2007, vol. 15, nº 3, p. 1-6. [Consult. 9 Mar. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.

SOUSA, Sara. *O Presentismo e a Integridade Percebida do Líder*. Tese de Mestrado, ISCTE Business School, Instituto Universitário de Lisboa, 2012.

SPINDOLA, Thelma e SANTOS, Rosângela. Mulher e trabalho – A História de Vida de Mães Trabalhadoras de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Em Linha]. Setembro/Outubro 2003, vol. 11, nº 5, pp. 593-600. [Consult. 3 Jun. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n5/v11n5a05>.

TALOYAN, Marina [et al.]. Sickness Presenteeism Predicts Suboptimal Self-Rated Health and Sickness Absence: A Nationally Representative Study of the Swedish Working Population. *PLOS ONE* [Em linha]. Setembro 2012, vol. 7, nº 7, pp. 1-8. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0044721>.

TERRY, Paul e XI, Min. An Examination of Presenteeism Measures: The Association of Three Scoring Methods with Health, Work Life, and Consumer Activation. *Population Health Management*, 2010, vol. 13, nº 6, pp. 297-307.

UMANN, Juliane; GUIDO, Laura e GRAZZIANO, Eliane. Presenteísmo en enfermeros hospitalarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. Janeiro/Fevereiro 2012, vol. 20, nº 1, pp. 1-8. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/4491/6010>.

VERA-CALZARETTA, Aldo [et al.]. Factores psicosociales del presentismo en trabajadores del Sistema de Salud chileno. *Journal of Work and Organizational Psychology* [Em linha]. 2015, nº 31, pp. 119-128. [Consult. 4 Abr. 2016]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1576596215000213>.

WIDERA, Eric; CHANG, Anna e CHEN, Helen. Presenteeism: A Public Health Hazard. *Journal of General Internal Medicine* [Em linha]. Junho 2010, vol. 25, nº 11, pp. 1244-1247. [Consult. 10 Out. 2015]. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11606-010-1422-x/fulltext.html>.

WALL, Marilene e CARRARO, Telma. A Teoria Revolucionária de Kuhn e sua Influência na Construção do Conhecimento da Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. Maio/Junho 2009, vol. 17, nº 3, pp. 1-7. [Consult. 9 Mar. 2016]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4019/4751>.

YANG, Tianan. The Determinants of Presenteeism: A Comprehensive Investigation of Stress-Related Factors at Work, Health, and Individual Factors among the Aging Workforce. *Journal of Occupational Health* [Em linha]. 2016, vol. 58, nº 1, pp. 25-35. [Consult. 3 Jun. 2016]. Disponível em: https://www.jstage.jst.go.jp/article/joh/58/1/58_15-0114-OA/article.