

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Presentismo dos profissionais de saúde em Portugal no Séc XXI

Hegnar Suleyman

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Sandra Cristina Pereira Costa Camacho, Profes-
sora Auxiliar,
IBS, ISCTE – IUL

Outubro, 2023

iscte

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Presentismo dos profissionais de saúde em Portugal no Séc XXI

Hegnar Suleyman

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Sandra Cristina Pereira Costa Camacho, Profes-
sora Auxiliar,
IBS, ISCTE – IUL

Outubro, 2023

A persistência é o caminho do êxito.

Charles Chaplin

Agradecimento

Agradeço a todo o corpo docente do ISCTE por me terem possibilitado todas as aprendizagens que recebi ao longo destes dois anos de percurso académico.

Destaco e agradeço profundamente à minha orientadora, a Professora Sandra Costa, pela sua disponibilidade, dedicação, partilha de conhecimentos e incentivo constante.

Agradeço a todos os excelentes profissionais que tive a sorte de poder entrevistar, não só pelo seu tempo e dedicação a este meu projeto, mas também pelo trabalho que realizam todos os dias nesta área tão sensível que é a saúde. Um enorme bem-haja por tantas vezes tornarem o impossível em possível e nunca desistirem.

Um enorme obrigada à Catarina Santos, exemplo de força e motivação, e ao Renato Godinho por sempre terem acreditado neste projeto e por todo o apoio e incentivo.

Aos meus amigos, a família que escolhi nesta vida, obrigada por verem em mim a luz e a força que tantas vezes eu não conseguia enxergar em dias cinzentos. A vós que acompanharam de perto, desde o primeiro momento este percurso, bem sei que vos devo almoços, jantares e horas de companhia sem fim que tive de desmarcar. Compensar-vos-ei com juro!

À minha família, sorte a minha por vos ter sempre ao meu lado. São sem dúvida um pilar fundamental na minha vida. Obrigado por terem tornado isto possível e por apoiarem todos os meus sonhos, por mais doidos que pareçam à partida.

Resumo

O presentismo é definido como sendo o ato de o profissional encontrar-se a trabalhar mesmo estando doente e sem condições para tal. Os seus custos e consequências foram negligenciados durante muito tempo devido, à dificuldade que sempre existiu em medi-lo, porém, enquanto fenómeno que interfere negativamente na produtividade do trabalhador, tem tido interesse crescente como objeto de estudo.

O presente estudo tem como objetivo identificar fatores que levam ao presentismo nos profissionais na área da saúde e compreender as consequências desse comportamento, de modo desenvolver recomendações que permitam prevenir ou minimizar a sua ocorrência. Como caminho para atingir esse objetivo, realizou-se um estudo qualitativo, baseado numa amostra de 32 profissionais que exercem funções em ambiente hospitalar.

Os resultados do estudo indicam que os fatores que levam os profissionais de saúde a comportamentos de presentismo baseiam-se em fatores individuais, como fatores psicológicos, económicos e sociais, e em fatores organizacionais como clima e cultura organizacional, condições de trabalho, relação com os colegas e relação com o doente. Também se constatou que as consequências desses fatores podem ser individuais, como deterioração da saúde e bem-estar do próprio profissional e da qualidade do serviço prestado; ou organizacionais como redução do rendimento e produtividade.

É importante a criação e implementação de políticas eficazes a nível de gestão de recursos humanos, como alteração do modo de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde, progressão na carreira de um modo mais dinâmico e assíduo e criação de ambientes de trabalho saudáveis nas organizações de saúde.

Palavras-chave: Presentismo; Profissionais de Saúde; Contexto Hospitalar

Classificação Sistema JEL: I12; O15; N34

Abstract

Presenteeism is defined when an employee is constantly present at work despite being unwell (physically or other medical conditions) and not having the least of working conditions (Paschoalin, et al., 2013). The effect and consequences have been neglected for a long period of time due to the difficulty that has always existed in measuring it - considered as a phenomenon that negatively interferes with worker productivity and performance, interest has extensively aroused as a target object of study.

This study aims to identify key factors that lead to presenteeism in healthcare professionals and understand the causes and consequences of this behaviour, in order to provide recommendations to prevent its occurrence. As a way to achieve this goal, a descriptive qualitative study was carried out, based on a sample of 32 professionals who work in a hospital environment. The results indicate what lead health professionals to presenteeism behaviours are based on individual factors, such as psychological factors, economic factors and social factors, and on organisational factors such as organisational climate and culture, working conditions, relationship with colleagues and relationship with the patient. And the consequences of these factors can be individual, such as deterioration in the health and well-being of the professional himself and the quality of the service provided; or organisational issues such as reduced performance and productivity.

It is important to create and implement effective policies in the human resources area, such as changing the way health professionals' performance is assessed, career progression in a more dynamic and diligent way and creating healthy working environments in healthcare organizations.

Keywords: Presenteeism; Healthcare Professionals; Hospital Study

JEL Classification System: L26, O15, M14

Índice

Agradecimento	v
Resumo	vii
Abstract	ix
1. Introdução	1
2. Revisão de Literatura	4
2.1. Absentismo no Setor da Saúde	5
2.2. Presentismo	7
2.2.1. Modelos Explicativos de Presentismo	10
2.2.1.1. Job Demands-Resources Model de Bakker e Demerouti (2007)	11
2.2.1.2. Modelo Dinâmico do Presentismo e Absentismo de Johns (2010)	12
2.2.1.3. Modelo de Presentismo e Absentismo de Gosselin e Lauzier (2011).....	14
2.2.2. Causas do Presentismo: Evidência Empírica	15
2.2.3. Consequências do Presentismo.....	17
2.3. Presentismo e Absentismo em Organizações de Saúde	19
3. Metodologia	24
3.1. População e Amostra	24
3.2. Técnica de Recolha e Tratamento de Dados	26
4. Análise dos Resultados	30
4.1. Fatores que levam ao Presentismo.....	30
4.1.1. Fatores Individuais que levam ao Presentismo.....	30
4.1.2. Fatores Organizacionais que levam ao Presentismo.....	33
4.2. Consequências do Presentismo	36
4.2.1. Consequências Individuais do Presentismo	36
4.2.2. Consequências Organizacionais do Presentismo	36
5. Discussão	39
5.1. Contribuições para a Teoria.....	45
5.2. Implicações Práticas.....	45
5.3. Limitações do Estudo e Sugestões de Estudos Futuros	47
6. Conclusão	50
Referências Bibliográficas.....	51
Anexo A – Caracterização sociodemográficas da Amostra	64

Anexo B – Guião de Entrevista aos Profissionais.....	65
Anexo C – Declaração de Consentimento Informado	67
Anexo D – Dicionário de Categorias e Códigos.....	68

1. Introdução

O setor da saúde sofre cada vez mais pressões e exigências devido à crescente necessidade das populações por cuidados de saúde. Nas últimas décadas a esperança média de vida tem aumentado bruscamente, visto que em 2021, esperava-se que as pessoas com 65 anos de idade vivessem mais 19,9 anos, um aumento de 5,7 anos em relação aos valores de 1970 (OECD, 2021). Em média, nos países da OCDE, a expectativa de vida aproxima-se, neste momento, dos 81 anos. (OCDE, 2021). Porém, o aumento dessa esperança média de vida não se traduz, em regra, num aumento de qualidade de vida. O envelhecimento da população surge aliado ao aumento da prevalência de doenças não-comunicáveis e crónicas, tais como doenças neurodegenerativas, oncológicas, cardiovasculares ou respiratórias, associadas a estilos de vida não saudáveis. Estes fatores contribuem para um aumento da procura por cuidados de saúde, levando, assim, à sobrecarga dos hospitais e instituições de saúde (De Oliveira et al., 2017; Leite, 2020).

No sector da saúde, nos últimos anos, tem-se verificado que os recursos humanos e materiais se apresentam cada vez mais escassos perante o aumento considerável das necessidades de cuidados de saúde da população. No relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), dedicado ao tema (WHO, 2022), verifica-se que a escassez de profissionais de saúde é também uma realidade na maioria dos países analisados. A OMS projeta que em 2030 estejam em falta cerca de 10 a 15 milhões de profissionais de saúde (Liu et al., 2017; WHO, 2016). A crise económico-social, tem condenado o sector da saúde em geral. O racionamento dos recursos humanos derivado da política de contenção de custos faz com que os profissionais de saúde, sob exagerados e contínuos níveis de stresse profissional (EU-OSHA, 2014), cada vez mais cansados disparem as taxas de *burnout* e absentismo (De Sousa Borges et al., 2021).

O trabalho em saúde inclui vários aspetos de risco, como a desproporção do rácio de profissionais de saúde por doente, a exigência permanente de elevada atenção no decurso da prestação dos cuidados de saúde, a baixa valorização socioeconómica atribuída ao trabalho, os diminutos níveis de investimento na formação e treino e a incerteza, que se deve também, por exemplo, aos atuais sistemas de feedback de desempenho desajustados, ambiguidade nos papéis desejados (ILO, 2016) e a incerteza que vigora ao nível das carreiras e progressões.

As organizações de saúde são sistemas complexos e controlados, que tem tido o objetivo de se adaptar às mudanças demográficas, sociais e económicas ocorridas ao longo dos tempos, aumentando a pressão sobre a intensidade do trabalho e da prestação dos cuidados de saúde (Chênevert et al., 2013), com reflexões na qualidade da saúde e do bem-estar dos profissionais (OECD, 2017; Ticharwa et al., 2019). Os desafios em constante crescimento na sociedade atual,

em termos económicos, políticos, tecnológicos e sociais, têm dado às organizações, inclusive às de saúde, uma pressão contínua para a inovação e a diferenciação, levando assim, a maior valorização da gestão dos recursos humanos (Bento, 2019). Justifica-se, por este contexto global, um olhar sobre os recursos humanos em saúde em Portugal, onde se tem assistido ao crescente desgaste e exaustão dos profissionais de saúde, levando à conseqüente diminuição da motivação e do engagement, e espelhando-se no aumento dos fenómenos do absentismo e do presentismo no setor (Aronsson et al., 2000; Aronsson & Gustafsson, 2005; Eurofound, 2018; Ferreira et al., 2010).

O presentismo é um conceito complexo, emergente na literatura organizacional, que limita a produtividade não só em termos de quantidade de trabalho, mas também em termos de qualidade do trabalho produzido (Hemp, 2004), repercutindo-se não só na saúde dos colaboradores, mas também na produtividade das organizações e na sociedade em geral (AESST, 2015). Na sua definição atual o conceito de presentismo remete para o comparecimento físico do colaborador no seu local de trabalho, estando, no entanto, ausente psicologicamente por não reunir as condições de saúde, quer estas sejam físicas e/ou psicológicas, necessárias ao habitual desempenho da sua atividade laboral, ou seja, apresentar-se efetivamente ao serviço, contudo, exercer uma performance de nível inferior no que toca a produtividade pelas razões acima mencionadas (Hemp, 2004; Huver et al., 2012; Johns, 2010; 2011; Lowe, 2004). A análise das causas deste fenómeno, assim como a implementação de políticas de recursos humanos para o solucionar, pode revelar-se numa vantagem competitiva para as instituições de saúde.

O absentismo é definido como um fenómeno complexo e global (Brborović et al., 2017; Cucchiella et al., 2014; Eurofound, 2010), podendo, de um modo geral, ser definido como a ausência do trabalhador durante o período normal de trabalho a que está estipulado, independentemente das causas (INE, 2021). Nos países da OCDE, a principal causa que leva aos níveis de absentismo a que assistimos atualmente é a doença do trabalhador, condição que representa custos socioeconómicos de grande porte (OECD, 2014). No sector da saúde, particularmente, este fenómeno tem repercussões negativas na qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde aos utentes (Agapito & Cardoso De Sousa, 2010) e contribui direta e indiretamente para o aumento crescente da despesa e para a iniquidade dos sistemas de saúde (Agapito & Cardoso De Sousa, 2010; Damart & Kletz, 2016; Mbombi et al., 2018; Tumlinson et al., 2019).

No entanto, embora ambos os conceitos estejam intrinsecamente interligados, a quebras na produtividade e, conseqüentemente, a custos adicionais para as organizações (Gosselin &

Lauzier, 2011), o presentismo remete diretamente para o impacto da ausência psicológica, e não física, de um colaborador (Gilbreath & Karimi, 2012).

A presente investigação surgiu no âmbito de um esquadramento que procura estudar as principais causas e consequências do presentismo, considerados desafios de Gestão Estratégica dos Recursos Humanos, neste setor em Portugal, de modo a desenvolver recomendações que permitam prevenir a sua ocorrência. Este estudo destacará, teórica e empiricamente, as causas, consequências e custos do presentismo em instituições de saúde (hospitais). De modo a atingir esse objetivo, do ponto de vista metodológico, optou-se por realizar um estudo qualitativo e descritivo, com base numa amostragem por conveniência, selecionando profissionais de saúde que exerçam funções em ambiente hospitalar em Hospitais na região de Lisboa e Vale do Tejo.

O desenvolvimento deste estudo teve por base as seguintes questões de investigação: “O que é que leva os profissionais de saúde a irem trabalhar doentes?” e “Quais as consequências do presentismo no setor da saúde em Portugal?”. Através da resposta a estas questões, pretende-se contribuir para identificar fatores que levam ao presentismo nos profissionais na área da saúde e compreender consequências desse comportamento.

Este documento encontra-se dividido em cinco secções, com a finalidade de facilitar a sua leitura e análise: introdução, revisão da literatura, metodologia, análise de dados, discussão e conclusão. O enquadramento teórico incidirá no suporte teórico que sustenta a investigação, que decorre, acima de tudo, na introdução e na revisão da literatura, onde serão definidos os conceitos de absentismo e de presentismo; descritos os modelos explicativos, causas, consequências, custos e alusão sobre as principais conclusões teóricas relativas ao presentismo; e, no presentismo no sector da saúde em instituições hospitalares, de modo a chegar a conclusões que nos levem à prevenção deste fenómeno e à redução dos custos associados a este. Logo de seguida, encontramos o percurso metodológico estabelecido, que inclui a questão de investigação, objetivos e finalidade, tipo de estudo, população e amostra, instrumento de recolha de dados, procedimentos, análise e tratamento dos dados, considerações éticas, resultados e discussão. Por fim, apresentam-se as conclusões e sugestões, e o contributo deste estudo para a investigação dos temas abordados, assumindo as suas limitações.

2. Revisão da Literatura

Os indivíduos passam grande parte do seu tempo no local de trabalho onde contribuem, de forma significativa, para o desenvolvimento económico e social de um país (Oliveira & André, 2010). “São os principais contribuintes e intervenientes no desenvolvimento económico e social, por isso a saúde, a segurança e o bem-estar dos mesmos são condições essenciais para o desenvolvimento socioeconómico equitativo e sustentável de qualquer país.” (DGS, 2013, p. 5). Contudo, no decurso da atividade profissional os colaboradores estão sujeitos a inúmeros riscos que podem interferir com o seu estado de saúde e diminuir a sua produtividade.

O papel laboral de cada individuo é essencial, quer pela sua segurança financeira, quer pela dignificação da sua vida, e é parte essencial da existência e socialização humana, imprescindível para o bem-estar de cada individuo, sendo que a promoção do bem-estar e qualidade de vida é imprescindível para o aumento do seu desempenho e produtividade (Monjardino et al., 2016). É neste contexto que a evolução tecnológica, o papel ascendente das economias emergentes, a evolução do conhecimento e da investigação, conduziram a modificações eloquentes quer nas organizações, quer nas profissionais que nestes exercem funções. Estas transformações fomentam ambientes de stresse nos colaboradores, associando-se ao aumento da insegurança laboral (Borges, 2018; Pohling et al. 2016). É fundamental, neste contexto, identificar fatores associados a estes riscos e de que forma estes corroem a capacidade e a produtividade para efetuar o trabalho em questão.

A capacidade para o trabalho é a capacidade física, psicológica e social dos trabalhadores para executarem as suas funções, dependendo esta tanto da sua saúde como dos conteúdos do trabalho, sendo a produtividade fundamental para o sucesso económico e para a saúde da população (Cancelliere et al., 2011). Assim, manter a saúde física e psicológica dos colaboradores tornou-se vital para as organizações, uma vez que os trabalhadores individuais constituem um dos recursos mais importantes das organizações (Ruhle et al., 2020 citando Pfeffer, 2010).

Para atingir essa produtividade, saúde e bem-estar dos colaboradores é essencial debruçarmo-nos sobre os fenómenos que fazem com que estes objetivos a ser atingidos fiquem cada vez mais longínquos de tal – o absentismo e o presentismo. Ao longo dos últimos anos, dezenas de estudos examinaram estes fenómenos e tentaram compreender não apenas os determinantes, mas também as consequências e custos de tais comportamentos – tanto inevitáveis como indesejáveis ou, até, positivos – caso dos estudos de Banks & Pearson (2021), Brborović et al. (2017), Lui et al. (2018), Marche et al. (2018) e Rainbow (2019).

Se já é complexo atingir essa produtividade então as instituições de saúde vêm demonstrar que nelas ainda é mais difícil pois são sistemas adaptativos e complexos, pela diversidade de formas de estruturas e interações que podem existir, interdependentes entre si (Begun et al., 2003) e são formados por trabalhadores de diversas profissões e especialidades, sendo de maneira geral, reconhecidas como tendo um ambiente insalubre e penoso para quem neles trabalha. Os profissionais de saúde são confrontados, diariamente, com eventos emocionalmente fortes, tais como doença, morte, ansiedade, tensão e stress físico e mental. As atividades diárias dos profissionais de saúde são indutoras de tensão e stresse, devido às prolongadas jornadas de trabalho, ao número limitado de profissionais e ao desgaste psicológico e emocional nas tarefas realizadas.

2.1. Absentismo no Setor da Saúde

Segundo o Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde relativo ao ano de 2018, registaram-se aproximadamente 3,9 milhões de dias de ausência ao trabalho por parte da totalidade dos trabalhadores do Ministério da Saúde. Estes dados revelam que estamos perante uma taxa geral de absentismo que confirma uma tendência de acréscimo face a anos anteriores. (Portugal. MS. SNS, 2018). Mais recentemente, os dados do Portal da Transparência do SNS, mostram que os dias de ausência por doença sobem desde 2014, tendo atingido em 2022 os 3 006 737 dias em todas as instituições de saúde públicas, INEM e Infarmed, tutelados pelo Ministério da Saúde. Este valor corresponde a metade do total de faltas ao trabalho por parte dos 150 016 profissionais de saúde que estavam na esfera do SNS no final de 2022 (Schreck, 2023).

De acordo com a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho (EUROFOUND) o absentismo é tido como a incapacidade temporária, continua ou permanente para trabalhar em resultado de doença ou de enfermidade (Eurofound, 2017). Já de acordo com o Instituto Nacional de Estatística o conceito de absentismo está definido como a “ausência do trabalhador durante o período normal de trabalho a que está obrigado independentemente das suas causas e de se converterem ou não em faltas justificadas” (INE, 2018). Também o campo legal vem defender estas definições - o absentismo é “a não comparência do trabalhador no local de trabalho durante a totalidade ou parte do período em que devia desempenhar a atividade a que está adstrito” (Lei n.º 14/2018). Segundo os teóricos, a definição de presentismo segue a mesma linha de pensamento e consiste em “ir trabalhar apesar de estar doente” (Bergström, et al, 2009, p. 1179).

O fenômeno do absentismo no setor da saúde ganha uma importância imensa devido às suas características únicas e complexas. Exemplo dessas mesmas características é um estudo realizado nos Estados Unidos, que demonstra que no setor da saúde mais de 90% dos trabalhadores são expostos a infecção ou doença pelo menos uma vez por mês, e mais de 75% dos trabalhadores são expostos a infecção ou doença pelo menos uma vez por semana (Baker et al, 2020). Estes aspectos evidenciam a abundância de fatores de risco a que os profissionais de saúde se encontram expostos diariamente, sendo o setor da saúde um contexto de particular importância de intervenção (Silva Santos & Moreira, 2018). No entanto, a complexidade deste setor não fica por aqui, existindo vários estudos que comprovam que as exigências psicossociais presentes nos locais de trabalho podem motivar que os profissionais de saúde se ausentem do local de trabalho, em particular devido a funções diárias emocionalmente exigentes características do setor da saúde (Bassi et al., 2016).

Deste modo, o absentismo tem sido alvo de grande ênfase e atenção desde a década de 50 do século XX (Chadwick-Jones, 1971), porém, a complexidade de delimitação das suas causas, tem dificultado a tarefa de obter uma abordagem consensual. A pertinência da questão promoveu a produção de diversos estudos e modelos explicativos, sendo estes inicialmente baseados sobretudo em variáveis sociodemográficas e socioculturais dificilmente replicáveis e com carência de “ferramentas conceituais” (Hackman & Oldham, 1976, p.251). No início dessas pesquisas, o absentismo representava apenas uma análise de custos para os gestores, realidade essas que foi se reajustando completamente até chegar a contemplar hoje em dia a valorização de fatores comportamentais como a satisfação e a motivação em contexto de trabalho, permitindo compreender que o absentismo poder ser prevenido, controlado e minimizado (Armstrong & Taylor,2014).

O absentismo passou, assim, a ser considerado produto de inúmeros fatores, bastante divergente em termos de tipologias de organizações, sectores, nacionalidade e perfil de trabalhadores, o que fulminou na criação de novas contextualizações (Cohen & Golan, 2007). Assim os principais fatores do fenômeno absentismo foram identificados como sendo os indicadores sociodemográficos, a personalidade, o comportamento no local de trabalho, o contexto social e o próprio processo de decisão (Gosselin & Corneil, 2013). Existem ainda estudos que destacaram os tributos da baixa satisfação no trabalho e do baixo comprometimento organizacional como caminhos para o absentismo (Punnett et al., 2007, citado por Gosselin & Corneil, 2013).

O absentismo gera consequências negativas sobre os trabalhadores presentes e empenhados que sofrem pressões ao acumularem as tarefas dos colegas que faltam e, dessa maneira,

sentem-se sobrecarregados e stressados, aumentando, assim, ainda mais a taxa de insatisfação e o crescimento exponencial do absentismo (Hackman & Oldham, 1980). Deste modo, as faltas dos trabalhadores são consequência direta e efeito prático da insatisfação (Hackman & Oldham, 1980), tendo grande impacto financeiro nas instituições de saúde.

O absentismo entre os profissionais de saúde ultrapassa o impacto da produtividade nula pela ausência, dado que, gera sobrecarga de trabalho para os outros trabalhadores, choca com os interesses dos colegas e utentes, aumenta os tempos de espera, aumenta o risco dos utentes pois aumenta os riscos de incidentes e acidentes, e pode contribuir para gerar ainda mais absentismo exercido pelos utentes enquanto profissionais (Goetzel et al., 2004). Assim, o absentismo representa um custo, não só para a organização, mas também, para a sociedade e para a economia do país.

No entanto, as repercussões do fenómeno do absentismo são notórias e diretamente mensuráveis e as consequências e custos associados ao presentismo não são tão facilmente acessíveis e requerem um maior esforço no sentido da sua explicação. Isto é, ao contrário do absentismo, o presentismo não está formalmente registado e é, portanto, mais difícil de determinar (Hansen & Andersen, 2008 citado por Lohaus & Habermann, 2019). A perda de produtividade relacionada com a saúde pode ser atribuída tanto aos trabalhadores que comparecem ao trabalho como aos trabalhadores que optam por não o fazer, o presentismo parecendo, assim, prevalecer sobre o absentismo (Gosselin, et al., 2013).

2.2. Presentismo

Os trabalhadores que se apresentam no local de trabalho quando estão doentes e provavelmente inaptos para executar as suas funções adequadamente, que não faltam, por causa do pacto psicológico, que assumem com os seus colegas de trabalho, ou porque não contam com apoio da empresa, nem possuem apoio familiar para faltar ao trabalho, podem agravar a sua saúde e comprometer a produtividade da organização (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho [AESST], 2015). O aumento ascendente destes episódios fez emergir um novo conceito na literatura da saúde ocupacional: o presentismo.

O presentismo é um fenómeno global. Em contraste com o absentismo, o presentismo só recentemente obteve destaque como um fator importante que influencia o desempenho organizacional (Lohaus & Habermann, 2019). Este conceito representa uma realidade há muito existente, mas ignorada, pois inicialmente, a atenção dos gestores e dos departamentos de Gestão de Recursos Humanos focava no absentismo (Sousa, 2005). Assim, o presentismo, apesar

da sua especificidade, tem sido frequentemente confundido com o absentismo, uma vez que ambos os fenómenos derivam de bases similares e relacionadas (Brouwer et al. 2002; Halbeslen et al., 2014; Hansen & Andersen 2008; Johns 2010), surgindo o seu conceito, pela primeira vez, em 1931, relacionado com a área financeira e económica, e até 1970 a sua definição consistindo no antónimo de “absentismo” (Johns, 2010).

Enquanto alguns autores se definem presentismo como sendo tudo o que diz respeito à prática de estar presente no local de trabalho estando “ausente” deste ao mesmo tempo devido a preocupações pessoais, realização de outras tarefas em simultâneo, condição de saúde, excesso de horas de trabalho, entre outros fatores (Chapman, 2005; Middaugh, 2006; Prater & Smith, 2011), outros estudiosos defendem que o conceito de presentismo é a presença física do trabalhador no local de trabalho quando este se encontra doente ou com qualquer outra condicionante de saúde (Admasachew & Dawson, 2011; Aronsson, et al., 2000; Borges et al. 2011; Gosselin, et al., 2013; Hemp, 2004; Heuvel et al., 2009; Huver et al., 2012; Johns, 2010; Palha, 2014; Rhodes & Collins, 2015; Sanderson & Cocker, 2013; Taloyan et al., 2012). À priori, estas duas definições poderão parecer diferentes, mas aparente diferença não se deve a visões opostas sobre o tema, mas sim à medida em que os objetivos das investigações realizadas entraram na definição deste fenómeno (Lohaus & Habermann, 2019). A primeira definição centra-se nos encargos e custos financeiros que o presentismo dita aos às organizações, ao sistema de saúde e à economia nacional – uma perspetiva importante que aposta na adoção de uma perspetiva de custos mais forte, como é comum entre os académicos americanos (Lohaus & Habermann, 2019).

A última das definições é a mais recorrente e consensual na literatura e está aberta a uma ampla variedade de investigações (por exemplo: porque é que os recursos humanos demonstram presentismo e até que ponto estão conscientes dessa atitude, as consequências do fenómeno do presentismo para a saúde e bem-estar e os seus custos para as organizações) (Lohaus & Habermann, 2019), sendo a mais usada pela grande maioria das organizações e investigadores da área. Assim, o presentismo é definido como sendo “estar no trabalho e ao mesmo tempo fora dele” ou “estar [fisicamente] no local de trabalho mas, devido a doença ou outra condição médica, ser incapaz de produzir em pleno” (Hemp, 2004; Huver et al., 2012; Johns, 2010) e possui grande impacto em várias profissões, existindo em todos os sectores de atividade, sendo que as taxas mais elevadas se encontram atribuídas aos profissionais que operam em sectores relacionados com a saúde ou a educação (Ferreira et al, 2010).

À primeira vista, o presentismo pode parecer favorável às organizações pois evita custos associados à ausência não planeada do trabalhador, como o custo de substituição deste (Ruhle et al., 2020). No entanto, acumularam-se dados de que este cálculo pode estar errado, pois há evidências de que os funcionários que vão trabalhar doentes tendem a cometer erros com mais frequência que leva a custos, em comparação, mais elevados (Niven & Ciborowska, 2015) e referem níveis mais baixos de desempenho e produtividade (Robertson & Cooper, 2011). É crucial deixar claro que o presentismo chega a ser mais prejudicial para a saúde do trabalhador que o absentismo (Johns, 2010), tendo aparecido, na década de 1980, outras definições, que desenvolveram a relação entre a assiduidade e fatores como a saúde e a consequente perda de produtividade (Johns, 2011). Por outro lado, as consequências do presentismo podem ser complexas e pode haver situações em que este é terapêutico (Karanika-Murray & Biron, 2019).

As máximas básicas organizacionais referem que, para produzir, os trabalhadores devem estar presentes no seu local de trabalho, porém, investigações recentes dessa temática demonstram-nos que essa afirmação está longe de ser tida como uma verdade absoluta. Uma dessas investigações é o estudo realizado por Ozminkowski et al. (2003) que chega à conclusão de que, apesar de estarem fisicamente presentes no seu local de trabalho, alguns trabalhadores apresentaram índices de produtividade muito abaixo das expectativas desejáveis e esperadas, devido a problemas variados que se relacionam com propriedades psicológicas e fisiológicas. Assim, o presentismo é um forte fator de manifestação de perdas de produtividade associadas às pessoas afetadas por este e, nesse sentido, Merrill et al. (2012); Umann et al. (2012); Laranjeira (2013) e Scuffham et al. (2013), dedicaram-se ao estudo deste no âmbito do seu efeito sobre a produtividade das empresas.

Atualmente, verifica-se uma, cada vez maior, exigência e flexibilidade por parte das organizações para a manutenção de locais de trabalho saudáveis e seguros (OMS, 2010). No entanto, o que se sucede na realidade nem sempre é o mais adequado, já que devido ao défice económico, as organizações tendem a optar por soluções que resolvem os problemas a curto prazo sem refletir ao cerne a questão sobre as suas implicações e custos a longo prazo. Assim, torna-se imprescindível estar a par dos principais problemas com que as organizações se deparam e apresentar soluções adequadas, caminhando para o bem-estar dos seus colaboradores e da própria organização.

Diversos autores consideram que, para além do absentismo, as condições de trabalho, a condição física e mental do trabalhador, a motivação do mesmo para o trabalho, o tipo de trabalho e a própria cultura organizacional são outras variáveis que determinam as oscilações de

produtividade numa organização (Hemp, 2004; Johns, 2010). As condições de trabalho (carga de trabalho, carga horária e tipo de horários, subsídios, proveitos, entre outros), o conforto, a luminosidade e o ambiente físico no local de trabalho interferem com a produtividade do trabalhador. Também o clima e a cultura organizacional refletem a produtividade.

Quando nos deparamos com climas organizacionais negativos, em que se presenciam e vivem relações conflituosas entre colegas e/ou chefia, rapidamente nos deparamos com a presença de trabalhadores insatisfeitos e desmotivados. Por outro lado, também percebemos, à priori, que uma cultura organizacional pouco focada na segurança e saúde do trabalhador é prejudicial tanto para o trabalhador, como para a própria organização (Johns, 2010). A Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2007) sustenta que um trabalho seguro e saudável contribui para a melhoria efetiva da produtividade e que a existência de más condições de segurança e de saúde no meio laboral, produzem o efeito oposto, podendo ter consequências diretas e indiretas críticas quer para as organizações, quer para a vida profissional e pessoal dos trabalhadores e das organizações.

É digno de nota que estas definições e visões do presentismo não obscurecem o impacto positivo, muitas vezes negligenciado, do fenómeno porque, em alguns casos, o presentismo tem resultados equilibrantes da personalidade e efeitos de apoio ao estatuto social e económico do trabalhador (Garrow, 2016; Johansen et al., 2014; Lohaus & Habermann, 2019).

Importa ainda referir que a investigação sobre o presentismo como razão para a perda de produtividade relacionada com a saúde desenvolveu uma multiplicidade de instrumentos diferentes de avaliação que se concentram no presentismo como um comportamento e são baseados sobretudo em itens únicos não validados (Lohaus & Habermann, 2019; Miraglia & John, 2016). Estes itens de medição diferem no que diz respeito à sua redação, enfatizando distintos aspetos da definição do conteúdo do presentismo, ao seu formato de resposta e ao seu período de recordação, impedindo a comparabilidade dos resultados da investigação (Skagen & Collins, 2016).

2.2.1. Modelos Explicativos de Presentismo

À medida que o estudo em redor à temática do presentismo cresce e se desenvolve, também aumentam as preocupações com as suas causas e consequências, sendo comum a vários modelos teóricos 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.

Os modelos explicativos de presentismo tem uma importância fundamental para a compreensão deste fenómeno, entre outros, neste trabalho destacam-se:

- o Job Demands-Resources Model (JD-R Model) de Bakker e Demerouti (2007)
- o Modelo Dinâmico do Presentismo e Absentismo de Johns (2010)
- o Modelo de Presentismo e Absentismo de Gosselin e Lauzier (2011)

2.2.1.1 Job Demands-Resources Model (JD-R Model) de Bakker e Demerouti (2007)

O Modelo Job Demands-Resources (JD-R) é um modelo teórico centrado na saúde ocupacional que procura encontrar indicadores negativos (*Burnout*) e positivos (*Engagement*) com base nas exigências (conceito de “Job Demands” refere-se aos aspetos físicos, psicológicos, sociais ou organizacionais do trabalho que requerem um esforço físico, psicológico ou emocional prolongado, e que podem, dessa forma, estar associados e levar a problemas fisiológicos ou psicológicos para os colaboradores) e nos recursos presentes no contexto laboral, partindo da pressuposição de que em todas as profissões e contextos profissionais existem fatores específicos e singulares relacionados com os processos de motivação e desmotivação e stresse no contexto laboral (Demerouti & Bakker, 2011).

O Modelo JD-R defende a perspetiva de que os requisitos do trabalho não são apenas compensados pela autonomia ou pelas recompensas, e que estas exigências e recursos de trabalho, que são relevantes para os processos motivacionais e de stresse, são distintas em diferentes contextos laborais, dependendo das características específicas das diversas organizações e das funções ou profissões dos recursos humanos (Taris & Schreurs, 2007).

Este modelo, assim, defende a existência de dois processos psicológicos dinâmicos diferentes que estão presentes em simultâneo em todos os ambientes profissionais: diminuição da saúde e do bem-estar, levado a cabo pela presença constante de grandes exigências laborais que podem afetar física e psicologicamente os profissionais, podendo despoletar em problemas de saúde e levar ao *burnout*; processos motivacionais que poderão conduzir ao *engagement* e a uma melhoria na performance (Demerouti & Bakker, 2011).

O Modelo JD-R assenta na defesa do facto de que a interação entre exigências e recursos do trabalho ser essencial. Deste modo, na presença de uma condição exigente, os recursos do trabalho são determinantes para a motivação e o empenho dos colaboradores, podendo mesmo vir a metamorfosear um desafio num gosto pelo trabalho e num compromisso mútuo.

Deery et al. (2013), baseou-se neste modelo para analisar os antecedentes do presentismo e a sua relação com o absentismo, e, posteriormente, permitir a formulação do Modelo de hipóteses de exigências de trabalho, presentismo, recursos de trabalho e absentismo.

Bakker, et al. (2023), dez anos após a publicação da *Job Demands–Resources Theory*, num artigo de revisão, revelam que a combinação de elevados níveis de exigência no trabalho e poucos recursos, leva ao *burnout*, enquanto a combinação desafios profissionais com a existência de recursos para tal, leva ao *engagement* dos profissionais. Este estudo, descreve ainda como as organizações e a sua gestão de topo, podem influenciar o bem-estar e como os funcionários podem usar a elaboração do trabalho, o *engagement* proativo da vitalidade e o design de trabalho lúdico para evitar o *burnout* e manter o *engagement* (Bakker, Demerouti, & Sanz-Vergel, 2023).

2.2.1.2-Modelo Dinâmico do Presentismo e Absentismo de Johns (2010)

Existem duas perspetivas teóricas sobre o presentismo, que apesar de conduzirem a duas correntes de investigação com objetivos distintos e adotarem focos dispares no estudo do fenómeno, complementam-se conceptualmente – perspetiva norte americana e perspetiva europeia (Johns, 2010; Taloyan et al., 2012).

Na perspetiva norte americana, o foco prende-se ao fator económico do presentismo na organização, centrando-o no desenvolvimento de instrumentos que têm o objetivo de avaliar a produtividade perdida devido a problemas de saúde, isto é, o seu foco é a preocupação sobre o impacto da doença na produtividade (Goetzel et al., 2004; Hemp, 2004; Johns, 2010; Rantanen & Touminen, 2011; Schultz et al., 2009). Assim, esta perspetiva, guiada por uma visão económica, foca o seu objetivo na compreensão das consequências do fenómeno, ao invés de encontrar as suas causas (Johns, 2010; Taloyan et al., 2012).

A perspetiva europeia (adotada neste estudo), por outro lado, foca-se no estudo da frequência do fenómeno do presentismo e na identificação das causas, pessoais e/ou ocupacionais, que o desencadeiam (Johns, 2010; Taloyan et al., 2012). Nesta perspetiva, o presentismo apresenta-se sobre um ponto de vista positivo, em que o colaborador que se encontra doente vai trabalhar com limitações e consegue executar as tarefas (Johns, 2010), sendo que as populações Europeias têm o presentismo como reflexo da insegurança no trabalho e de outros fatores ocupacionais (Johns, 2010; Schultz & Edington, 2007; Taloyan et al., 2012).

Esta perspetiva, ao olhar sobre o presentismo enquanto reação dos trabalhadores perante a auto-avaliação destes do seu estado de saúde e das suas condições de trabalho, defende que a

escolha de ir ou não trabalhar doente é conduzida por fatores individuais e contextuais. Assim, o presentismo é motivado, primeiramente, pelo estado de saúde do indivíduo e/ ou por uma situação temporária de doença na qual se encontre (Hemp, 2004). No entanto, abundantemente fundamentada na literatura, salienta-se também como principal justificação para o ato de presentismo o clima de incerteza e insegurança gerado por frequentes mudanças organizacionais, e o medo de perda da fonte de rendimento (Brown & Sessions, 2004; Gilbreath & Karimi, 2012; Johns, 2010; Johns, 2011).

Analisando as descobertas de ambas as correntes de investigação, Johns (2010) introduziu um modelo conceptual no qual procurou unificar as duas perspetivas teóricas e esclarecer sobre: a dinâmica entre as causas que conduzem ao presentismo e ao absentismo; o processo de tomada de decisão que leva o indivíduo a eleger um dos dois fenómenos; e as consequências e impactos dos mesmos. Desta forma, no epicentro deste modelo teórico está o estado de saúde, que tem um papel principal no presentismo, e conta com várias razões que conduzem a este e à diminuição da produtividade e que abrangem vários tipos de perturbações, físicas e psicológicas, em que o indivíduo está a sofrer de uma (ou mais) patologias específicas, não se representando apenas como uma “fuga” ou “escape” ao trabalho. Fisicamente, as morbidades e sintomatologia com maior prevalência são as de âmbito músculo-esquelético – exemplo das lombalgias (Prasad et al., 2004) e artrites (Allen, et al., 2005) -, cefaleias, dores crónicas e problemas respiratórios (Sousa, 2005). Na vertente psicológica, destacam-se como morbidades major a ansiedade, depressão (Wang et al., 2003), stress (Goetzel, et al., 2003), défice de atenção (Kessler et al., 2005) e o consumo de medicamentos, como anti-histamínicos e benzodiazepinas (Burton et al., 2003).

No que se refere aos problemas que não estão relacionados com a saúde e que não dependem unicamente do trabalhador está a insegurança no trabalho, o ambiente de trabalho (Gilbreath & Karimi, 2012), a exigência das tarefas e o sentimento de dever e obrigação moral pela sua realização (Johns, 2011), as políticas da empresa, as características do trabalho e a cultura de presentismo (Johns, 2010).

O Modelo Dinâmico do Presentismo e Absentismo de Johns, ajudou na compreensão do presentismo com a conceção de um modelo dinâmico explicativo das causas do seu aparecimento.

Em suma, esta teoria defende que o evento de saúde leva o indivíduo a optar entre o comportamento de presentismo ou de absentismo que irá espelhar-se em consequências

desempenho e em consequências pessoais acumuladas. A opção estará dependente do contexto e das características pessoais de cada colaborador.

2.2.1.3. Modelo de Presentismo e Absentismo de Gosselin e Lauzier (2011)

O modelo de presentismo e absentismo desenvolvido por Gosselin e Lauzier (2011), 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 originará os fenómenos de presentismo ou de absentismo.

Este modelo 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, o presente modelo foca-se em fatores, considerados no modelo como sendo as causas do presentismo e que podem ser voluntárias ou involuntárias. Ou seja, 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. No entanto, quando a decisão é totalmente pessoal ou por questões pessoais, esta é considerada voluntária (Sousa, 2012).

Este modelo partilha com o modelo de Johns (2010), o facto de, em contextos organizacionais, as características pessoais serem determinantes nas causas do presentismo, traduzindo-se em causas voluntárias ou involuntárias.

Após a tomada de decisão, surgem as manifestações: presentismo ou absentismo, que trazem como bagagem consequências para o estado de saúde dos indivíduos e incluem de forma clara a ideia de reflexão de consequências diretas para o desempenho e rendimento dos trabalhadores.

Este modelo defende que o fenómeno de presentismo pode ocorrer como manifestação crónica ou episódica, 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).

2.2.2 Causas do Presentismo: Evidência Empírica

“O que é que leva alguém a ir trabalhar doente?” – esta questão tem sido estudada por diversos investigadores com o intuito de permitir a identificação de causas e fatores específicos associados ao fenómeno de presentismo.

As razões para não faltar ao trabalho fisicamente, mesmo não estando a par das condições ideais para laborar, devem-se a sentimentos de culpa por faltar ao trabalho, receio de uma atitude hostil por parte das chefias e medo das consequências nefastas da perda de produtividade no trabalho, isto é, o receio de sobrecarregar os colegas e prejudicar o trabalho, se faltar (McKevitt et al, 1997; Johns, 2010; Miraglia & Johns, 2016).

Fatores como formação inadequada e relações conflituosas com supervisores e/ou colegas de trabalho assumem também um importante papel enquanto promotores do presentismo (Merrill et al., 2012). De acordo com todos os resultados dos estudos anteriormente referidos, os contextos de trabalho podem ser tanto promotores como inibidores do presentismo, conforme as diversas particularidades associadas à realidade de cada contexto (Johns, 2010).

A OMS (2010, p.6) defende que, 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”, leva por um lado um maior compromisso do colaborador para com o trabalho e por outro uma maior independência de deliberação sobre o que efetivamente é melhor para o colaborador, para a saúde deste e para a organização onde trabalha.

Por seu lado, as exigências de trabalho como “o excesso de trabalho e políticas rigorosas de assiduidade influenciam a decisão” dos trabalhadores de marcar presença no seu local de trabalho enquanto se encontram doentes (Deery, et al., 2014, p. 366). Assim, predomina em vários estudos o peso que os contextos de trabalho avocam para o presentismo, contendo aspetos decisivos como compromisso com o trabalho, interdependência de trabalho, autonomia e facilidade de substituição dos colaboradores (Johns, 2011).

O compromisso e a interdependência de tarefas fazem com que os colaboradores de uma instituição se sintam obrigados a ir trabalhar mesmo estando doentes, pois a presença física ganha uma enorme importância perante a sociedade para estes (Johns, 2011). Por sua vez, quando falamos em facilidade de substituição de um colaborador estamos a projetar para a sua facilidade ou dificuldade de substituição por outro colega, sendo que quanto mais difícil é substituir um trabalhador, mais existe tendência para o presentismo em detrimento do absentismo

(Biron et al., 2006). Porém, o contrário se constata com a autonomia, sendo que quanto maior a autonomia do menor a pressão para este ir trabalhar doente ou sem condições para tal (Johns, 2010; Johns, 2011; Huver et al., 2012).

As características individuais ocupam também um patamar de enorme importância na previsão da probabilidade de ocorrência do presentismo e do absentismo (Sanderson & Cocker, 2013). Alguns desses exemplos são dados quanto ao gênero, em que existem resultados controversos: Aronsson et al. (2000), Caers et al. (2019) e Paschoalin et al. (2013) apontam que as mulheres exercem um presentismo ligeiramente maior do que os homens; enquanto Huver et al. (2012) e Yu et al. (2015), defendem que os homens estão mais sujeitos ao presentismo do que as mulheres. Quando o fator analisado é a “idade”, continua a reinar a controvérsia visto que autores como Aronsson et al. (2000) e Yu et al. (2015) apontam que as pessoas de meia-idade, aproximadamente entre os 40 e os 60 anos, recorrem frequentemente a comportamentos de presentismo; já Caers et al. (2019) e Nakata et al. (2018) acreditam que esse comportamento ocorre frequentemente em colaboradores mais jovens; e Huver et al. (2012) aponta os trabalhadores com mais idade para a ocorrência desse facto. No que toca ao estado civil e o contexto familiar, os indivíduos casados e com filhos menores têm menor tendência à ocorrência do presentismo do que aqueles que são solteiros, divorciados ou viúvos, e sem filhos (Aronsson et al., 2000; Huver et al., 2012; Nakata et al., 2018; Yu et al., 2015). Assim, não se tem conseguido demonstrar um consenso claro que permita sustentar uma relação transparente entre determinada variável sociodemográfica e o presentismo.

Analisando a profissão de cada colaborador, os profissionais das áreas da saúde e da educação são os profissionais com maior tendência para o presentismo (Aronsson et al., 2000), principalmente os profissionais da área da saúde que laboram em ambiente hospitalar e profissionais que ocupam cargos de gestão (Huver et al., 2012). O nível educacional, a condição financeira, e a busca por emprego são fatores importantes na ocorrência do presentismo (Aronsson & Gustafsson, 2005; Baek et al., 2022; Mekonnen et al., 2018; Shan et al., 2021), sendo que os indivíduos mais pagos são mais presentistas e, pelo contrário, os que são melhor pagos apresentam maiores níveis de absentismo (Aronsson & Gustafsson, 2005), ocorrendo o presentismo maioritariamente em grupos psicossociais mais pobres (Whysall et al., 2018).

No que toca à condicionante doença, os vários estudiosos defendem que existem dois tipos de presentismo – o associado a doenças agudas, exemplo das alergias e gripes; e o correspondente a doenças crónicas, exemplo da asma (Letvak et al, 2012), sendo que os problemas de saúde ou doenças que levam ao presentismo são geralmente de natureza benigna, pois as

doenças mais graves forçam os colaboradores a permanecer mais tempo em casa (Hemp, 2004). Assim, as principais causas do presentismo abrangem vários tipos de perturbações, físicas e psicológicas, sendo que os problemas físicos abrangem patologias músculo-esqueléticas, artrites, lombalgias e os problemas psicológicos submetem a problemas de ansiedade, depressão, stresse, défice de atenção, consumo de medicamentos, como anti-histamínicos e benzodiazepinas (Burton et al., 2003).

É de sublinhar que o presentismo não está relacionado só com a saúde ou doença, mas também o compromisso evidenciado pelo grau de satisfação e motivação do colaborador com o trabalho (Miraglia & Johns, 2016; Koopman et al, 2002) e que, analisadas as características pessoais, indivíduos com atitudes mais positivas, conscientes e com desenvolvido locus de controlo interno demonstram mais capacidades para ultrapassar mais facilmente certos problemas de contexto psicológico e de saúde/doença mental e encontrando-se, regra geral, mais motivadas para trabalhar em situação de doença, o que as torna mais tendenciosas para o presentismo em detrimento do absentismo (Johns, 2011; Merrill et al., 2012; Sanderson e Cocker, 2013).

Em suma, as causas do presentismo interligam-se a distintos e complexos fatores que surgem de diferentes realidades existentes tanto ao nível das organizações de trabalho como dos próprios colaboradores que nelas trabalham.

2.2.3 Consequências do Presentismo

À medida que o estudo em redor à temática do presentismo cresce e se desenvolve, também aumentam as preocupações com as suas causas e consequências, sendo comum a vários modelos teóricos 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 - “a saúde afeta o trabalho e o trabalho afeta a saúde” (Pilette, 2005, citado por Laranjeira, 2013, p. 644).

Assim, retomemos as duas visões do presentismo, anteriormente abordadas, a norte-americana e a europeia, uma centrada na consequência na produtividade e economia das organizações e a outra mais inclinada sobre os seus impactos na saúde e segurança no trabalho e nas suas reflexões nessa área. Para ter uma noção mais clara e concisa do impacto do presentismo na perda de produtividade de uma organização, basta recorrer à avaliação económica das perdas de produtividade, tendo em consideração tanto os seus custos diretos, mais fáceis de calcular, como os seus custos indiretos. Enquanto os custos diretos estão relacionados com as consultas médicas e de enfermagem, as hospitalizações e sessões de tratamento, os gastos com medicação

e o tempo de contacto entre utentes e terapeutas, os custos indiretos são avaliados através do absentismo e do presentismo – particularmente difíceis de medir e quantificar, sendo muitas vezes desvalorizados e despercebidos, pois prendem-se com a redução da produtividade durante o trabalho, e traduzem-se, habitualmente, em enormes consequências para a economia das instituições estando o trabalhador presente no seu local de trabalho com potencial de disseminar doenças e comprometer não apenas a sua, mas a produtividade geral. Assim, o presentismo, é visto como responsável por perdas maiores que o absentismo (Hemp, 2004; Huver et al., 2012; Johns, 2010; Pedro, 2007; Schultz et al., 2009) e é investigado para chegar às suas causas e, principalmente, suas repercussões na produtividade, por meio de diversas escalas de avaliação (Johns, 2010; Koopman et al., 2002).

Hemp (2004), demonstrou que os custos associados ao presentismo são três vezes superiores aos custos associados ao absentismo, situando-se na ordem de mais de 150 biliões de dólares por ano, de acordo com os dados facultados pelo Journal of American Medical Association (Hemp, 2004). Assim, segundo esta visão norte-americana, os estudos analisados revelam que o presentismo afeta não só a quantidade de trabalho como a qualidade deste, prejudicando não só a aptidão e rapidez de produção das organizações como também o resultado final dessa produção pela existência de erros, com reflexos mais ou menos graves para as próprias organizações e para o seu público-alvo (Admasachew & Dawson, 2011; Hemp, 2004; Huver et al., 2012). Porém, segundo a visão europeia, o presentismo leva a consequências consideráveis que se estendem desde a redução da qualidade de vida e do próprio estado de saúde do colaborador até à tradução deste em aumento dos custos com despesas de saúde, efeitos negativos em colegas de trabalho, aumento do número de acidentes de trabalho e dano no produto de trabalho (Lalic & Hromin, 2012).

Na literatura, surgem duas formas diferentes de analisar o conceito do presentismo e os seus efeitos – uma visão negativa (*sickness presenteeism*) e uma positiva (*positive presenteeism*). A *sickness presenteeism* liga o presentismo a condições de trabalho incorretas, a lideranças ineficazes e a instabilidade de vida e trabalho e defende que este leva a doenças e, como consequência, a maiores níveis de absentismo no futuro, estabelecendo uma relação direta com uma saúde baixa e fragilizada (Lalic e Hromin, 2012; Taloyan et al., 2012). Por sua vez, a *positive presenteeism* associa essa prática a elevado entusiasmo, produtividade, motivação e energia para trabalhar (Lalic & Hromin, 2012).

Abaixo, o estudo de Sanderson e Cocker (2013), resume as potenciais consequências negativas e positivas do presentismo e do absentismo.

O impacto e as consequências do presentismo e do absentismo serão diferentes consoante a realidade onde a ação decorre pois “diferentes condições têm diferentes efeitos em diferentes trabalhos” (Hemp, 2004, p. 3) e, portanto, cada situação é única e tem a obrigatoriedade de ser cuidadosamente analisada no contexto onde se insere.

2.3 Presentismo e Absentismo em Organizações de Saúde

As organizações de saúde são sistemas complexos e controlados, em constante adaptação às modificações sociodemográficas e económicas, aumentando a pressão sobre a intensidade do trabalho e a génese de cuidados de saúde (Chênevert et al., 2013), com reflexões na saúde e bem-estar dos profissionais (OECD, 2017; Ticharwa et al., 2019) pelo facto de ser um setor “*high-risk, high-demand, high-stress*”, em permanente mutação, face à incerteza que a qualifica, e os seus profissionais desempenham uma atividade profissional que os expõe permanentemente a fatores de risco biológico, químico, ergonómico e psicossociais (Scheinder, 2014).

A segurança do doente e o Plano de Segurança do Doente surgem como um novo paradigma que coloca os utentes no epicentro da atenção e preocupação, face às evidências de que estes sofrem danos decorrentes de incidentes e acidentes nos serviços de saúde. Assim, ao irem trabalhar doentes ou com limitações nas suas condições de saúde, os médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e tratamento e assistentes operacionais, poderão estar também a colocar em risco a saúde e bem-estar dos utentes alvo dos seus cuidados (Letvak et al., 2012; Paschoalin et al., 2012; Umann et al., 2012). Face a estas evidências, a Organização Mundial da Saúde criou uma aliança internacional com o objetivo de coordenar, disseminar e acelerar melhorias contínuas com o objetivo de caminhar para cuidados de saúde cada vez mais seguros (DGS, 2007).

Os profissionais que exercem funções na área da saúde lidam diariamente com exigências físicas e psicológicas inerentes a uma profissão que visa responder às diversas e complexas necessidades em saúde dos utentes, com toda a responsabilidade que isso transporta (Letvak et al., 2012; Martinez & Ferreira, 2012; Palha, 2014; Umann et al., 2012). Acrescentam-se ainda a esta realidade inúmeros fatores de stress como é o caso da elevada carga horária diária, a rotatividade de turnos, a diversidade de tarefas, a falta de recursos humanos e materiais, o sentido de dever para com as tarefas e os colegas de trabalho e a exigência de uma maior produtividade em menor tempo de trabalho (Borges, 2012; Laranjeira, 2013; Paschoalin et al., 2012; Umann et al., 2012). As exigências cada vez maiores deram lugar a que as condições de trabalho,

a motivação e, em consequência, o bem-estar dos profissionais de saúde seja relegado para segundo plano, ou até mesmo ignorado (Martins, 2003).

Nas últimas décadas o setor da saúde tem sido marcado por profundas alterações. As suas reformas dolorosas, mas necessárias (Campos, 2008) refletem-se nos cidadãos beneficiários dos seus serviços e em todos os profissionais que nele trabalham. Para as reformas previamente citadas, foram tomadas um amplo conjunto de medidas de racionalização e melhoria da eficiência do sistema, porém vieram com uma vasta desmotivação dos profissionais por via da diminuição de remunerações; pressão para formas de racionamento implícito decorrente da intensidade do clima de contenção de gastos; e gestão de “recursos humanos” que ignora os princípios básicos de uma política para as profissões, tal como alerta o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012).

Neste panorama, os trabalhadores de instituições de saúde, em geral pouco remunerados, em busca de melhores ordenados para a manutenção de uma qualidade de vida considerada digna, passam a desempenhar duplos turnos ou empregos, visto que o regime de 24 sob 24 horas de trabalho das instituições necessita constantemente de profissionais. Esta situação interfere na saúde do trabalhador que, ao extrapolar os seus limites físicos e emocionais, adocece e se ausenta ao trabalho gerando um efeito cascata sobre os trabalhadores que comparecem, que ao serem sobrecarregados, podem se sentir stressados e, com isso, há aumento ainda maior do absentismo. Importa referir que apesar de inúmeros programas e estratégias de intervenção e estudos de custos de produtividade estarem disponíveis para os setores industrial e empresarial, não se verifica tal no setor da saúde (Lui et al., 2018).

É importante considerar que no setor da saúde, existem grandes divergências entre a gestão pública e a gestão privada. O setor público atua num ambiente bastante complexo, está sujeito a influência governamental e têm que gerir os interesses de um grande volume de stakeholders, que por vezes entram em conflito. Enquanto no setor público se procura maximizar os ganhos em saúde na população pela prestação de cuidados como um serviço público, nos hospitais privados ambiciona-se a maximização do lucro. Este fator faz com que o setor privado procure, mais frequentemente que o setor público, aumentar a rentabilidade, diminuindo custos. O setor privado guia-se pelos sinais do mercado, e, ao estar exposto às suas forças, tem mais incentivo a ganhos de eficiência e produtividade. No setor público, existe um elevado grau de burocracia, que aliado à existência de diversos graus de autoridade, dificulta a tomada de decisão e contribui para a diminuição da taxa de implementação de determinados investimentos. O setor público tem menos incentivos à produtividade, mais restrições e condicionantes legais, e

por isso é expectável que o setor privado esteja mais disponível para investir as suas taxas de absentismo e presentismo e de motivação de capital humano, justificando o risco de investimento em inovação com a busca de vantagem competitiva (Rocheleau & Wu, 2002, citado por Campbell et al., 2010).

Nas instituições de saúde, a satisfação profissional é um tema estruturante nas organizações por estar diretamente associado à qualidade dos serviços prestados ao utente, ao desempenho e resultados da organização, e como resultado, à satisfação dos utentes do serviço (Cleary et al, 1991). A satisfação profissional, por sua vez, é entendida por vários teóricos como um importante indicador de qualidade de vida e de qualidade dos cuidados de saúde prestados (Agapito & Cardoso De Sousa, 2010) pois profissionais satisfeitos prestam serviços de saúde de maior qualidade e mais seguros, diminuindo o número de ocorrência de acidentes e incidentes na segurança do doente. Assim, satisfação profissional nos serviços de saúde está associada à sua qualidade e resultados, que, por sua vez, estão diretamente relacionados com a satisfação dos utentes dos serviços. Dada sua relevância, em Portugal, a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro), introduz artigo que prevê que o SNS está sujeito a avaliação permanente e, neste contexto, um dos principais critérios analisados é a satisfação dos profissionais (Ministério da Saúde 1990; 2002).

A intrínseca relação entre a satisfação no trabalho e o absentismo laboral é traçada por vários autores que afirmam que o absentismo, por ser fenómeno sociológico, guarda relação direta com a atitude do indivíduo e da sociedade perante o trabalho (Mallada, 2014). O autor defende que todos os fatores que proporcionem uma atitude adequada perante o trabalho (como integração, satisfação, motivação, representatividade e outros que proporcionem reforço positivo) resulta num menor absentismo, enquanto tudo o que afeta negativamente a relação com o trabalho, contribui para um maior absentismo (Mallada, 2014).

Face à evolução e às modificações sociodemográficas e políticas dos últimos anos, as organizações sentiram necessidade de transformar os seus modelos de gestão em modelos mais eficientes e adequados às reais necessidades dos mercados (Ahmed & Rafiq, 2002). O potencial humano passou a ser considerado um dos principais recursos da organização (Berry & Parasuraman, 1991; Pletcher, 2000) sendo os colaboradores considerados fundamentais para que a organização atinja o sucesso.

Novos estudos, teorias e ferramentas motivacionais têm surgido de modo a aumentar a motivação do capital humano nas instituições de saúde. Ribeiro et al. (2021) referem que os valores de espiritualidade no local de trabalho têm sido propostos como o caminho para atingir

sucesso organizacional, defendendo que a liderança espiritual incentiva o bem-estar, a motivação e a satisfação dos indivíduos no seu local de trabalho, levando ao ganho de qualidade nos cuidados de saúde.

São dignos de destaque alguns estudos que se debruçaram sobre este tema, como é o caso do estudo de Brborović et al., em 2017, que analisou e sistematizou de forma abrangente os elementos associados ao presentismo e ao absentismo por doença entre os enfermeiros e concluiu que a capacidade de prever o presentismo e o absentismo em enfermagem é útil para restringir custos e garantir a prestação de cuidados de qualidade. A revisão de Lui et al., em 2018, também é interessante visto que, apesar de não ter produzido provas conclusivas (devido à heterogeneidade da investigação e à qualidade limitada das ferramentas de medição) sobre a associação do presentismo a exposições hipotéticas, custos económicos ou intervenções entre profissionais de saúde em ambientes hospitalares, contribuiu para ajudar futuros investigadores no desenvolvimento de um instrumento padronizado de exposição e produtividade multidimensional ao presentismo para facilitar futuros estudos em busca de potenciais alvos de intervenção no local de trabalho com boa relação custo-benefício para reduzir o este fenómeno nos profissionais de saúde e manter uma força de trabalho sustentável. Outro estudo de Banks & Pearson, em 2021, com o intuito de estudar o absentismo e o presentismo no local de trabalho aquando de doença, concluiu que a personalidade, o stresse e as atitudes em relação às baixas médicas influenciam as taxas de absentismo e presentismo relatadas pelos próprios enfermeiros. Já Marchetti et al., num estudo publicado em 2018, que contou com a participação de 213 profissionais de saúde de um hospital privado no Líbano, concluiu que os profissionais do setor saúde têm uma perceção comum em relação ao presentismo e que essas visões são criadas com base no contexto dos ambientes de trabalho. Este estudo explica a relação entre as características do trabalho (ou seja, a autonomia no trabalho) e a frequência dos comportamentos de presentismo. Rainbow (2019), por sua vez, concluiu que são múltiplos os fatores levam ao presentismo dos enfermeiros e que há consequências negativas quer para saúde destes, quer para o ambiente de trabalho e os cuidados ao paciente.

A nível nacional, ainda existem poucos trabalhos académicos sobre o presentismo e o absentismo no local de trabalho, no entanto existe a certeza de que o presentismo é uma realidade atual e crescente nos inúmeros setores de atividade. Porém fora de Portugal existem inúmeros estudos desenvolvidos com o objetivo de criar instrumentos que permitam avaliar a ocorrência, causas e consequências desses fenómenos, nomeadamente na área da saúde (Laranjeira, 2013). Destacam-se na área da saúde de trabalhos de investigação de Martinez e Ferreira (2012),

com o objetivo de descrever e analisar as causas do presentismo nos profissionais de enfermagem de um hospital público português em que foi encontrada uma correlação negativa entre o estado de saúde percebido e o presentismo e que conclui que enfermeiros mais experientes e bem remunerados tendem a ser menos afetados pelo presentismo; a de Borges (2011), com o objetivo de calcular a presença de presentismo e os principais problemas de saúde que os originavam, nos colaboradores de uma clínica privada de fisioterapia e que conclui que o presentismo é um conceito complexo e emergente na literatura organizacional e que quando analisadas as suas causas e implementadas políticas recursos humanos para o solucionar, pode tornar-se numa vantagem competitiva para as instituições de saúde em questão; e o trabalho de Palha (2014) e Barbosa (2016), cujos estudos serviram para registar o nível de presentismo dos enfermeiros e observaram a sua variação em função das variáveis sociodemográficas, socioprofissionais e dos problemas de saúde destes. Desse modo, os resultados concluem que existe uma grande necessidade de implementar medidas e programas de melhoria contínua que promovam a segurança e o bem-estar dos trabalhadores e que os serviços de saúde ocupacional têm um papel importante na prevenção dos fatores que levam ao presentismo (Palha, 2014). O estudo de Barbosa (2016) comprova as constatações anteriores, sendo que os resultados obtidos indicaram que 91,4% no mês anterior ao estudo manifestou comportamentos presentistas e que foi possível verificar um maior comprometimento psicológico do que físico dos enfermeiros (Barbosa, 2016).

Apesar de os estudos sobre o fenómeno do presentismo serem relativamente recentes existem no momento inúmeros instrumentos que permitem medir o nível de ocorrência, as causas e as consequências deste, sendo a maioria questionários de autopreenchimento. Cabe a cada investigador pesquisar, conhecer e selecionar o instrumento que mais se adequa aos objetivos e âmbitos do seu estudo, nunca esquecendo as propriedades de avaliação psicológica de cada instrumento e a sua aplicabilidade e avaliação (Cooper & Dewe, 2007).

3. Metodologia

A realização deste estudo tem como objetivo geral compreender as causas que levam os profissionais de saúde a irem trabalhar quando estão doentes e as consequências desta decisão. Para alcançar este objetivo utilizou-se o método qualitativo que se vincula às vivências e à interpretação compreendida dos fenômenos sociais (Pope & Mays, 2005, citado por Creswell, 2014), conferindo à pesquisa qualitativa, um formato que vai além do que é previsível, mensurável ou informativo.

Este método consiste na análise de vários tipos de documentos, incluindo livros, notas, fotografias, jornais e artigos científicos publicados em revistas acadêmicas, sendo que qualquer documento que contenha texto ou imagem é uma fonte potencial para análise qualitativa (Morgan, 2022). Assim, recorreu-se à pesquisa bibliográfica e revisão da literatura para fundamentar este estudo, bem como à análise dos resultados obtidos através de entrevistas semiestruturadas aos profissionais de saúde que exercem a sua atividade em meio hospitalar, de modo a recolher informação sobre fatores que levam ao presentismo e as suas consequências.

Este tipo de abordagem qualitativa, fornecerá ao estudo uma recolha e perceção mais complexa e menos limitativa de opiniões, experiências, vivências, comportamentos e atitudes dos indivíduos entrevistados (Bogdan & Biklen, 1994), pois certas questões de investigação precisam de descrições mais aprofundadas do que foi vivido e sentido nessas vivências pelos entrevistados (Fortin, 2009). Com este argumento, tem-se assistido, de modo progressivo, ao aumento das pesquisas qualitativas no campo da Saúde e das Ciências Sociais (Turato, 2005).

3.1. População e Amostra

Nomeia-se de população o “grupo de todos os elementos que se pretende estudar e que possuem uma característica (ou mais) em comum” (Afonso & Nunes, 2019, p.1). Assim, a população deste estudo pode ser definida como: todos os indivíduos de sexo masculino e feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos, que se encontrem a exercer funções, no papel de profissionais de saúde, no momento em que foi realizada a entrevista.

Por sua vez, a amostra é um subconjunto de uma população (Afonso & Nunes, 2019). Esta deve ser obtida de uma população homogénea, através de um processo aleatório, tendo sido esta recolha futura planeada como sendo por conveniência ou intencional. Neste caso, é possível ao investigador escolher, de forma precisa, os elementos que compõem a sua amostra,

em função da disponibilidade dos inquiridos. Este tipo de amostragem é vantajoso em relação a outros, porque não acarreta custos significativos.

A amostra usada neste estudo será então uma amostra de conveniência que obedecerá, portanto, a critérios por nós estabelecidos, e, como já foi referido anteriormente, foi recolhida de diversas instituições de saúde, que operam no setor privado, público e militar, da região de Lisboa e Vale do Tejo.

O estudo foca-se em profissionais de saúde de nacionalidade portuguesa para ser mais homogéneo e linear e não ser alterado ou sofrer enviaamentos por questões culturais. Esta na base dessa decisão a cultura de cada pessoa, que muito se relaciona com as suas vivências e os ideais da sociedade e país em que se cresce e se vive durante muitos anos. Os hábitos da pessoa são moldados pela sociedade. Exemplo disso é a cultura de culpabilização que vigora em Portugal e que impede tantas vezes de aprender e evoluir com os erros cometidos no que toca à segurança do doente, cultura essa mais enraizada em quem neste ambiente vive e trabalha há mais tempo.

Posto isto, e levando em linha de conta as características do processo de amostragem por conveniência, decidiu-se realizar o processo de amostragem recorrendo a entrevistas, presenciais e através da plataforma Zoom, relacionado com este estudo trinta e dois indivíduos com vida profissional ativa no momento da realização da entrevista. A entrevista em questão foi aplicada a profissionais de diversas instituições hospitalares, de forma a ter uma amostra diversificada e que possa contribuir para a objetividade e credibilidade deste estudo. Para a seleção da amostra não existiram restrições nem em relação às habilitações literárias, nem às funções exercidas (dentro das profissões da área da saúde) pelos inquiridos – subdividindo-se em grupos de médicos (cinco no total); enfermeiros (catorze no total); técnicos auxiliares de saúde / assistentes operacionais (cinco no total); técnicos superiores de saúde (oito no total). A nossa amostra é composta por 22 entrevistados do sexo feminino e 10 entrevistados do sexo masculino. Podemos verificar, conforme disposto no anexo A, a caracterização da amostra estudada.

Este estudo contou com 32 entrevistas feitas a vários profissionais de saúde no exercício das suas funções no momento das entrevistas a 14 enfermeiros (2 deles em cargos de chefias), 5 médicos, 8 técnicos de diagnóstico e 5 auxiliares de ação médica e obtivemos informações de 10 entrevistados masculinos e 22 femininos. Finalizamos a recolha da informação e a realização de entrevistas quando se chegou à saturação teórica da informação e assim foi posto fim à

recolha e respetiva análise de mais dados, justificando-se assim a decisão de parar com a realização de mais entrevistas.

3.2. Técnica de Recolha e Tratamento de Dados

Um dos primeiros passos de uma investigação científica é a recolha de dados e a decisão do caminho a seguir para essa recolha ser bem-sucedida – opção entre método qualitativo ou quantitativo. No caso deste estudo, como caminho mais viável para a obtenção de resultados com o maior nível de fidedignidade possível, optou-se por seguir o método qualitativo através de entrevistas semiestruturadas.

A técnica eleita para a recolha de informação no decurso desta investigação foi baseada em entrevistas semiestruturadas e a razão para optar por esta deveu-se fundamentalmente ao estímulo dos entrevistados a debater livremente sobre as suas vivências e os seus sentimentos, criando assim uma empatia e interação maior entre o entrevistador e o entrevistado, com o objetivo final de obter a máxima e mais fidedigna informação possível.

Para Haguette (1995), a entrevista é um procedimento de interação social em que o entrevistador obtém, por meio de roteiro constituído por tópicos em torno de uma problemática geral, informações do entrevistado. Assim, a obtenção dos dados da investigação é feita através da fala individual, estruturada e baseada em sistemas de valores, normas e símbolos e conduz, através de um porta-voz, a representações de determinados grupos (Minayo, 1994).

Por sua vez, Bryman (2012), define a entrevista semiestruturada como não sendo nem uma conversa completamente livre, nem um questionário rigidamente estruturado, que privilegiam a oportunidade de regular a ordem das questões e da expansão das ideias dos entrevistados com recurso a detalhes sobre os diversos assuntos abordados em vez de os limitar a basearem-se unicamente a conceitos, sendo um meio de colheita de dados mais flexível que outros métodos como o recurso a entrevistas estruturadas ou questionários. Bryman (2012), defende ainda que este método de entrevista, ao contrário da entrevista estruturada, permite adaptações e correções à estrutura do seu guião, ajustando as perguntas em função das respostas do entrevistado, sendo que pode proporcionar momentos de interação obtendo informações que de outra maneira não teriam lugar, sendo este método mais eficaz na obtenção das informações desejadas. Porém, para a obtenção dessa interação e dessa informação importam muito os skills e a experiência em entrevistas do próprio entrevistador pois durante a sua realização é necessário prestar particular atenção ao fluxo de informação, de modo a demonstrar interesse e fornecer o espaço e a liberdade necessária ao entrevistado para que este possa expressar a sua opinião sem estar

perante qualquer tipo de juízo de valor que possa comprometer a validade e a autenticidade da entrevista (Triviños, 1987).

O guião da entrevista foi elaborado por questões constituídas após revisão teórica prévia sobre a investigação realizada e as informações que foram recolhidas, durante experiência hospitalar, através de experiências recolhidas pelo investigador sobre o fenómeno social em estudo (Anexo B). Assim, as entrevistas traduzem a representação dos entrevistados sobre o seu trabalho, constituindo uma aproximação das suas vivências e experiências.

Importa destacar que este género de entrevistas necessita de alguns ajustes e cuidados prévios – deverá ser assegurado a confidencialidade de todos os entrevistados e o anonimato de todos os dados recolhidos; as entrevistas deverão ser marcadas de acordo com a disponibilidade e a conveniência dos entrevistados, quer quanto ao local, quer quanto à data e hora; garantir a obtenção da autorização para a gravação via áudio das mesmas, visto que é mais fidedigno as entrevistas presenciais serem gravadas e transcritas (Amado et al., 2017).

Assim, durante o período de três meses, foram reunidos esses dados através de entrevistas presenciais, gravadas em áudio, por diversos colaboradores de várias instituições de saúde (hospitais na região de Lisboa e Vale do Tejo) que aceitaram, voluntaria e confidencialmente, assinando um consentimento informado (Anexo C), participar neste estudo.

A amostra é composta por trabalhadores hospitalares pois, segundo Branco e Ramos (2001), “Os recursos humanos cresceram muito mais no setor hospitalar do que nos cuidados de saúde primários. Até 1985 a proporção da despesa do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com cuidados de saúde primários era superior a 50%. Porém, a partir desse ano, a situação inverteu-se, passando os cuidados hospitalares a consumir uma proporção cada vez maior de recursos financeiros. Quanto ao esforço de investimento, a desproporção é ainda maior.”

Atentando tanto à disponibilidade de recursos como ao período de tempo para a realização desta colheita de dados, a nossa amostra será não probabilística (também designada em estatística por “amostragem dirigida”) por conveniência. Técnica esta que nos permite escolher e trabalhar com elementos da população em estudo que estejam mais acessíveis e/ ou sejam mais convenientes tornando esse processo geralmente mais económico e expedito, porém não permitindo a definição rigorosa ou o cálculo das probabilidades de inclusão dos diferentes elementos da população na amostra (Afonso & Nunes, 2019).

Em seguida irá recorrer-se à análise dos resultados das entrevistas, recorrendo à análise temática. Importa salientar que, na pesquisa qualitativa recorre-se a análise de conteúdo, e dentro dessa análise de conteúdo, apesar de existirem diferentes técnicas e abordagens - análise

categorial, análise temática, análise narrativa, entre outras (Krippendorff, 2004) – recorrer-se-á à análise temática.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 2011). A análise de conteúdo tem como princípios teóricos a objetividade, a inferência e a contextualização e envolve a leitura cuidadosa do material, a identificação dos temas emergentes, a agrupação desses temas em categorias e a interpretação dos resultados (Attride-Stirling, 2001). Esta tipo de análise possui várias vantagens, como a possibilidade de explorar dados ricos e complexos, a flexibilidade para lidar com diferentes tipos de dados e a capacidade de identificar padrões e tendências que podem contribuir para o conhecimento teórico e empírico. No entanto, também é importante reconhecer as limitações da análise de conteúdo, como a possibilidade de subjetividade na codificação e interpretação dos dados, a dependência da habilidade e experiência do pesquisador e a necessidade de uma amostra representativa e bem definida.

A principal diferença entre os dois métodos é que a análise de conteúdo é uma abordagem mais ampla e a análise temática é um método específico que se concentra na identificação e na análise dos temas presentes no material analisado.

A análise temática, foca-se na identificação, análise e relato de padrões e temas dentro dos dados. Envolve a codificação dos dados e a exploração dos temas emergentes, permitindo a compreensão dos significados subjacentes (Braun & Clarke, 2006). Os temas são entendidos como tópicos-chave que emergem dos dados e fornecem insights sobre o fenómeno em estudo (Flick, 2009). Importa ainda notar que para o sucesso dessa análise, deve-se começar por ter em conta as questões gerais de investigação que a propulsionam, de modo que a análise de dados dê resposta à questão de partida da investigação, permitindo que essa mesma pergunta de partida seja ajustada à medida que a investigação avança, e os dados recolhidos fazerem parte da análise, tal como as perguntas que orientam a codificação e análise dos dados (Clarke & Kitinger, 2004). Os autores anteriores, defendem ainda que não existe uma relação necessária entre estes três fatores, sendo até desejável que haja uma disjunção entre eles (Clarke & Kitinger, 2004). É sempre crucial que as questões delineadas acima sejam consideradas, não só antes como durante a análise temática, não existindo regras específicas para este tipo de análise e existindo diferentes abordagens, sendo assim possível formular diferentes combinações, com descrição do que foi feito e a razão pela qual foi feito (Braun & Clarke, 2006).

Quanto à técnica de análise de dados, serão percorridas seis fases distintas, para se chegar à produção do relatório propriamente dito, iniciando-se na transcrição, leitura e releitura das entrevistas, anotando as ideias iniciais, procedendo à familiarização dos dados. Após essa etapa, passa-se à seguinte em que consiste em gerar códigos iniciais, recorrendo como ferramenta de análise dos dados obtidos pelas entrevistas ao MAXQDA - um software para análise de dados qualitativos e métodos mistos em pesquisas acadêmicas e científicas que permite, entre outras funcionalidades, a análise de dados através da construção de códigos com codificação de características relevantes de forma sistemática.

Neste caso, optou-se por criar códigos através da conjugação de várias expressões retiradas das entrevistas (Anexo D). Esta codificação está sempre diretamente relacionada com os indivíduos, ou seja, os inquiridos e estes códigos não têm que ser forçosamente pessoais, ou seja, pertencer a pessoas com determinadas características ou traços característicos, podendo também significar tipos de ações, situações, experiências ou atitudes, auxiliando assim o tratamento dos dados (Kuckartz & Kuckartz, 2002).

Seguidamente iremos realizar uma pesquisa de temas, focando-nos nos resultados obtidos nas e da pesquisa bibliográfica prévia, agrupar e reunir em potenciais temas os códigos gerados anteriormente, certificando-nos que são selecionados todos os dados relevantes para cada tema, tinham sido definidas algumas categorias à priori, como por exemplo, fatores internos e fatores externos que levam ao presentismo.

A etapa seguinte consistirá em rever esses temas, testando a funcionalidade da relação com os outros temas, bem como a sua relação com a questão geral da investigação. A quinta fase da análise de dados, em que se analisará e aperfeiçoará o agrupamento dos temas já criados, clarificará as categorias definidas e a sua análise. Ultrapassadas estas cinco fases, iniciar-se-á a génese do relatório propriamente dito, selecionando e retirando exemplos das entrevistas que finalizaram a análise e testando a sua relação com os dados retirados da revisão da bibliográfica anteriormente feita.

4. Análise dos Resultados

Através da análise temática das entrevistas realizadas, procuramos agora responder às questões de investigação: “Quais são as causas e os fatores que levam ao fenómeno do presentismo nos colaboradores na área da saúde, em contexto hospitalar em Portugal?” e “Quais as consequências destes comportamentos?”. De modo a facilitar a análise de dados, os resultados obtidos encontram-se divididos em fatores que levam ao presentismo – fatores individuais e organizacionais e as consequências que o presentismo traz – consequências individuais, organizacionais e outros tipos de consequências.

Mas, afinal, o que leva os colaboradores de um hospital a irem trabalhar doentes?

4.1. Fatores que levam ao Presentismo

4.1.1. Fatores Individuais que levam ao Presentismo

Os fatores individuais tencionámos compreender os diferentes motivos da esfera pessoal de cada indivíduo, que levam os colaboradores a exercer o fenómeno do presentismo. Assim, de acordo com os fatores internos de cada indivíduo, foram definidos os códigos com os quais iremos debruçar-nos sobre este tema de análise: fatores psicológicos, como problemas e crenças pessoais e sentimentos de culpa; identificação com a profissão/vocação, fatores económicos, como é o exemplo das preocupações financeiras como é o caso de cortes e reduções salariais; e fatores sociais que também poderão envolver o receio de falhar com os outros e assim prejudicá-los, advindo deste evento sentimentos de culpa ou de obrigação perante a sociedade e os outros.

Na análise à categoria identificação com a profissão/ vocação, vários foram os profissionais escolheram trabalhar na área da saúde por gosto ou vocação para tal - *“sempre achei que tinha vocação para a área da saúde. Nunca tive algo que me dissesse, olha é mesmo nisto que vais trabalhar, mas quando me lembro do que é que eu queria trabalhar, sempre quis ser enfermeira e sempre quis trabalhar para ajudar os outros e para cuidar dos outros”*(E1), *“sempre gostei da área da saúde, da medicina e de poder ajudar as pessoas, de poder mudar a vida das pessoas”* (E5), *“foi muito no sentido de sempre ajudar o outro, estar lá para o outro, no sentido de fazer algo de útil na vida da outra pessoa, cuidar do outro, quando mais ninguém está lá, estar lá e ver a evolução(..), é muito gratificante, eu acho que a minha motivação é muito essa”* (E10) -, porém muitos dos respondentes também escolheram esta área de trabalho por razões práticas como *“Não era uma vocação, não era nada, era preciso escolher um curso e foi um curso que eu achei que poderia fazer”* (E3), *“ganhar dinheiro de uma maneira rápida”*

e pelo facto de “*a área da saúde tem sempre imensa saída*”(E4), “*sabia que era onde poderia de alguma forma ter maior estabilidade e criar carreira*”(6), “*porque era uma oportunidade imediata e a longo prazo de uma oportunidade de emprego*” (E18). Deste modo, existem muitos respondentes adquirem comportamentos presentistas por gosto ao trabalho e à tarefa que têm - “*porque eu gosto daquilo que eu faço, portanto eu venho por gosto*” (E8) e “*pela mesma razão que eu fui para a medicina, para tratar doentes, para tratar pessoas*” (E25).

Nos fatores psicológicos, encontram-se os problemas e crenças pessoais que retratam as vivências, cultura e crença de cada indivíduo. Tópicos esses que influenciam positiva ou negativamente a ocorrência do fenómeno do presentismo. Ora, sendo Portugal um país altamente regido por aspetos culturais difíceis de alterar, pelo facto de advir de uma “cultura de presentismo”, muito enraizada no nosso país, Portugal é um dos países onde as pessoas trabalham mais horas e mais colaboradores admitem não conseguir conciliar como pretendiam o emprego e a família. Assim como é indicado por este participante - “*devido à cultura do nosso próprio país e, sobretudo, o que está muito enraizado na cultura da enfermagem. Porque a verdade é que achamos sempre que toleramos tudo e que vamos ser capazes de superar aquele momento menos bom, mesmo que seja uma dor física*” (E7). Porém, apesar das horas que cada indivíduo trabalha, os índices de produtividade não atingem as taxas de alta produtividade esperada e o nosso país é dos países europeus com menor produtividade por hora de trabalho. Aqui se explica grande parte da errada noção de que estar presente no local de trabalho não é proporcional à produtividade nem é o indicador fundamental que se está a trabalhar. Em suma, as crenças e características individuais que fazem as pessoas acreditarem que ir trabalhar, mesmo sob condições adversas ou insuficientes quando estão doentes. Por exemplo, vários participantes referem estes aspetos explicando que têm a necessidade de não falhar a “*um compromisso*” (E7) visto que “*os meus pais incutiram-me isso!*” (E19) e que os profissionais acabam por pensar “*mais no trabalho e no serviço do que em neles próprios*” (E13), tentando sempre “*corresponder às suas próprias expectativas*” (E13), assim, o “*espírito de responsabilidade (...) faz com que tente não faltar ao compromisso*” (E23) e “*não querer falhar*” (E9). Há profissionais que respondem que: “*Venho porque sou uma pessoa forte, não posso falhar. Faz parte da minha educação*” (E5); “*O sentido de responsabilidade diz-me que eu tenho que ir trabalhar*” (E11); “*Quando olhamos para exemplos de absentismo muito elevado, eu não me revejo nesse perfil de trabalhador e, se calhar, por não querer ser apontada dessa forma, acabava, então, por cometer este erro, como eu já disse, de ir trabalhar não nas minhas melhores condições.*” (E7). Acreditam também que deve se dar o exemplo, mesmo em cargos de maior importância a liderar

equipas: “*É do meu feitio. Deve dar o exemplo e quando uma pessoa tem a seu cargo muitos colaboradores e que alguns não são tão dedicados, quanto seria desejável, portanto, eu sempre trabalhei*” (E3); pois consideram que é “*um compromisso. Algo muito, muito, muito importante*” (E7). Outro fator referido remete para o bem-estar individual: “*para me sentir bem comigo próprio*” do que propriamente pelo respeito à instituição porque faz questão de demonstrar que foi “*perdendo esse respeito ao longo do tempo*” (E22). Existem, ainda colaboradores que acreditam que faltar porque está doente é criar um problema desnecessário à equipa, utentes e organização ao referir que está “*aqui para ajudar as pessoas, eu tenho que fazer parte da solução, não do problema*” (E11).

Na análise das entrevistas ainda se deteta, por inúmeras vezes, referências ao fator psicológico que a cultura de culpabilização, enraizada no nosso sistema de saúde, exerce sobre os profissionais de saúde. Isto é, quando falamos em cultura de culpabilização, referimo-nos à maneira que o erro é visto por parte de chefias e pares, neste caso aos erros que comprometem a segurança do doente e são considerados um problema grave de saúde pública. Um erro que muitas vezes deveria ser discutido para se aprender e evitar mais erros é apontado como culpa do profissional numa perspetiva de falha e não de aprendizagem, sendo julgado o próprio profissional. Importa agir de forma focalizada para que se atinjam cuidados de saúde de excelência e que se aprenda com os erros. É no seio dessa cultura de culpabilização que o “*espírito de responsabilidade (...) faz com que tente não faltar ao compromisso*” (E23) e “*não querer falhar*” (E9).

Quanto aos fatores económicos, os participantes referem preocupações financeiras com os ordenados “*cada vez mais baixo*” (E6) e a “*perda do poder de compra*” (E12), não descuidando do “*aumento dos impostos sobre o ordenado base, as despesas pessoais, o aumento do combustível e dos preços em geral*” (E12) e os cortes e reduções salariais - “*aquilo que descontam do ordenado*” (E12); é um dos principais motivos que levam os profissionais de saúde a aderirem ao fenómeno do presentismo. Existindo profissionais de saúde que não metem baixas médicas em situações mais complicadas pois “*os atestados e as baixas não são pagos na totalidade*” (E26) e existe “*prejuízo pessoal em termos monetários*” (E31). Assim pretender “*ganhar dinheiro visto que continuo a ter contas para pagar, continuo a ter que ir trabalhar*” (E26) e tomam “*um Brufen e vão trabalhar porque precisamos de dinheiro*” (E17).

Os fatores sociais focam em outra justificação interessante para se exercer o presentismo - a manutenção de uma vida ativa, quando se sofre de alguma doença crónica, no dia-a-dia para conseguir manter uma vida minimamente comum às pessoas sem doença crónica, com rotinas

e compromissos e conseguir levar uma vida socialmente mais rica no que toca a estar com pessoas e a trabalhar em sociedade, “obrigando-se a sair de casa” - “na condição de doente crónica, tento ao máximo manter a minha vida ativa e vingar os compromissos!” (E16); “preciso de rotina e de me obrigar a sair de casa porque a saúde mental também interessa”(E16) - fazendo com que o presentismo abone a seu favor na manutenção de uma vida ativa. No decurso da análise também verificamos que alguns respondentes afirmam que o motivo de irem trabalhar doentes poderá estar a suceder devido a umas questão social cultural - “devido à cultura do nosso próprio país e, sobretudo, o que está muito enraizado na cultura da enfermagem. Porque a verdade é que achamos sempre que toleramos tudo e que vamos ser capazes de superar aquele momento menos bom, mesmo que seja uma dor física” (E6).

4.1.2. Fatores Organizacionais que levam ao Presentismo

Da análise temática de dados, surgiram os seguintes temas: relação com os colegas, relação com o doente, trabalho e tarefa, clima e cultura organizacional e condições de trabalho.

No decurso da análise dos dados recolhidos, a boa relação com os colegas também é tida como fator que leva ao fenómeno do presentismo, uma vez que quando se simpatiza e se tem os colegas em consideração /quanto mais unidas forem as equipas e melhor o ambiente de trabalho, mais os trabalhadores tenderão a ir trabalhar doentes, visto que acreditam que se faltarem prejudicam os colegas - “trabalho com uma equipa em que as minhas colegas são super-rempáticas com a minha situação e tentam sempre minimizar a carga durante os dias em que me veem assim” (E16); “continuo a trabalhar, digamos que doente, porque sei que tenho uma equipa que me protege e que quando sabem que alguém está doente, o apoio a essa pessoa que está doente é redobrado. Temos uma equipa bastante unida e que estão todos sempre a olhar uns pelos outros. Acredito que se não tivesse esta equipa, muito provavelmente faltaria, porque sabia que não havia ninguém por trás a ajudar-me” (E1); “tenho receio de não arranjarem outra pessoa para me conseguir substituir porque é difícil ter alguém apto e o colega que está a fazer o turno ter de seguir turno e ser prejudicado com isso” (E10).

Dentro deste tema, tendo o ser humano como ser social e relacional que foca as suas relações sociais no outro (colegas), os fatores levam ao presentismo passam muito pelo receio de sobrecarregar os colegas, não ficar mal visto perante colegas ou o seu receio de atitude hostil por parte destes. Os colegas e a equipa de trabalho, muitas vezes têm uma enorme importância no bem-estar do individuo que trabalha com eles diariamente no hospital (pelo menos 8 horas diárias, muitas vezes tendo que seguir turnos por falta de pessoal qualificado e especializado

para uma determinada tarefa ou até é escalado em bancos de urgência e em turnos duplos), a trabalhar lado a lado, com interdependência de tarefas e com foco no mesmo objetivo. É nessa linha de pensamento que muitos respondentes fizeram questão de apontar razões como “*não querer prejudicar os colegas*” (E10). Com a falta de contratação de mão de obra especializada para certas tarefas e áreas específicas, praticar o absentismo e faltar ao trabalho quando se encontra doente é tido como uma sobrecarga dos colegas, visto que terão que trabalhar mais arduamente ou por mais horas de trabalho - “*faltando significa que os meus colegas vão ter mais carga de trabalho. Significa que em vez dos seis doentes vão ter nove. E isso para mim, prefiro vir um bocadinho mais doente, mas estar aqui para ajudar o que for preciso, do que os meus colegas ficarem com a subcarga de trabalho toda.*” (E1); “*se eu não for, os meus colegas já estão tão sobrecarregados que não vão ter a capacidade de absorver também os meus doentes*” (E6); e “*somos uma equipa pequena e a minha falha implica um colega meu que está em casa ter que ir (...) porque alguém tem de ir*” (E14).

Um dos respondentes, doente crónico que vai muitas vezes trabalhar doente e com dores, responde inclusivamente que trabalha “*com uma equipa em que as minhas colegas são super empáticas com a minha situação e tentam sempre minimizar a carga durante os dias em que me veem assim*” (E16), dando ênfase à boa relação da equipa de trabalho que faz com que ela não falte e consiga levar uma vida “relativamente normal”, como nessa própria entrevista profere.

Na categoria relação com o doente, várias são as preocupações no seio dos profissionais de saúde, que exercem funções a nível hospitalar, em garantir o bem-estar e o atendimento ao doente que por eles procura e a qualidade dos serviços prestados - “*sinto um compromisso muito grande para com os meus doentes e que se eu não for, os meus colegas já estão tão sobrecarregados que não vão ter a capacidade de absorver também os meus doentes*” (E6); “*tento, pelo menos, fazer o mínimo para não falhar com os meus doentes e estes não terem que esperar mais 3 meses pelos exames de diagnóstico, prejudicando a sua situação de saúde*” (E6) e “*estava lá pelo bem-estar dos doentes. Se nós não fôssemos, era um doente ou dois que iam ser operados a menos e isso podia ser problemático para os doentes*” (E25). Essas preocupações fazem com que os profissionais de saúde doentes venham trabalhar pelo simples fato de “*não prejudicar os doentes*” (E31), preferindo prejudicar a sua própria saúde “*porque os doentes não têm culpa nenhuma, temos coisas combinadas, temos doentes preparados para operar, para fazer exames, em jejum, que faltaram também ao trabalho, que estão doentes, que precisam de ajuda*” (E15).

Existe ainda, na análise dessa categoria, a responsabilidade de não acumular tarefas para a posterioridade devido à grande carga de trabalho que se tem como trabalhador da área da saúde, por mais que se goste do que se faz e do trabalho que se desenvolve - *“o meu trabalho se vai atrasar e vou ter de ir fazer no outro dia, portanto, vai ser carga extra para o outro dia”* (E28).

Quando nos referimos ao clima e cultura organizacional e condições de trabalho, alguns colegas, que exercem funções na organização há pouco tempo, garantem que se dedicam à organização - *“eu visto a camisola”* (E12) -, e que essa é a razão de muitas vezes virem trabalhar doentes - *“noção de responsabilidade para com a instituição”* (E30) e *“existe pouca gente para me substituir e se eu não fizer a minha parte a minha equipa não consegue trabalhar”* (E15). Por outro lado, há os que vem porque se sentem com receio de represálias e atitudes hostis - *“receio que, se faltar, que possa ser penalizada por parte da organização”* (E5), *“a instituição por si não se preocupa connosco, apenas quer o trabalho feito”* (E1), *“para os gestores de topo das organizações (...) somos mais um número”* (E4), *“não é correto ir trabalhar doente, mas não há muita flexibilidade por parte da instituição para não o fazer”* (E10) e *“porque vai haver alteração no trabalho com a minha falta, podendo sofrer represálias”* (E23). É neste campo que no decurso das entrevistas alguns respondentes referem uma desmotivação tal nas condições de trabalho, na desvalorização diária das suas classes profissionais e um cansaço extremo e revelam que se pudessem voltar atrás na sua escolha não teriam escolhido a área da saúde para exercer funções - *“era muito ingênua. Se eu soubesse o que sei hoje, provavelmente não teria tomado esta decisão. Acho que foi mesmo... não foi falta de informação, mas foi muita ingenuidade, sem dúvida”* (E16).

Em suma, o clima e cultura organizacional e as condições de trabalho fazem com que os respondentes exerçam o presentismo devido a um bom ambiente de trabalho e motivação, não querendo desiludir e também por receio de represálias se faltarem, tal como já foi demonstrado acima pelas suas respostas à questão. Porém, quanto mais desmotivados os profissionais estiverem e pior forem as condições de trabalho e o clima e cultura organizacional, menos é a taxa de presentismo que estes apresentam, passando a aderir mais vezes aos comportamentos absentistas.

Por outro lado, quanto mais tempo estiverem a lidar com a desmotivação que a organização e os ambientes de trabalho transmitem aos profissionais de saúde, ou seja, quanto mais anos estiverem empregados na organização, menores são as tendências para os comportamentos presentistas e, conseqüentemente, maior a adesão ao absentismo.

4.2. Consequências do Presentismo

4.2.1. Consequências Individuais do Presentismo

Quando nos referimos a consequências individuais estamos a remeter para as consequências para a saúde e bem-estar do profissional.

Na análise às consequências para a saúde e bem-estar do profissional, todos os respondentes concordam que estas existem e são bem perceptíveis - *“em termos pessoais é um grande desgaste porque exige muito a nível físico, a nível psicológico (...) sinto-me cada vez mais cansada também por isso.”* (E2); *“implica, se calhar, em vez de demorar dois, três dias a recuperar, demore uma semana ou duas a ficar a 100% porque acabo de estar sempre a sobrecarregar mais o meu organismo e estou num hospital onde, à partida, há muitos outros vírus, etc.”* (E6).

Muitos profissionais acreditam que optar por comportamentos presentistas *“eventualmente será mau para todos, dependendo também quais são as queixas ou a doença, pois o profissional pode não estar na sua melhor forma para trabalhar, portanto sensatamente ficaria em casa”* (E3). Porém, *“as pessoas equacionam qual será o mal maior, é ter alguém que não está na sua perfeita condição para trabalhar ou não ter de facto ninguém a trabalhar para o substituir, sendo que o esforço é diferente quando há ausência”* (E3).

4.2.2. Consequências Organizacionais do Presentismo

Quando abordamos este tema, analisamos as consequências para a qualidade de serviço prestado, as consequências no rendimento, na produtividade e as consequências que advêm para a organização.

Quanto às consequências para a qualidade do serviço prestado, a maioria dos respondentes concorda existir menor tolerância ao stress e maior distração - *“falta de paciência para as pessoas (...) e quem acaba por sofrer diretamente com isso é o próprio doente. Mas, obviamente, o que vou fazendo por não os deixar afetar por isso”* (E2); *“tolerância ao stress estará diminuída”* (E9); *“falta de concentração, basicamente falta de mais cansaço, físico, psicológico, sem paciência, pachorra”* (E19)- que levam a consequências como negligência e erros que poderão despoletar situações muito complicadas, visto que a profissão deles baseia-se em trabalhar com a saúde dos seus doentes, que muitas vezes já se encontra bastante frágil e debilitada - *“pode reduzir a minha atenção e resultar num erro”* (E2); *“não prestar os melhores cuidados de enfermagem possíveis (...) estar distraída, (...) dar medicação errada, a dose*

errada, podem ser consequências” (E10) ; “colocamos em risco os nossos colegas e o próprio utente e a disponibilidade não é a mesma, a concentração não é a mesma e às vezes uma falha de concentração nesta área pode ser muito prejudicial” (E11); “pode potenciar o risco de erro, pode potenciar o risco de negligência” (E13); por “não ter tanta concentração, o erro pode ser muito maior e, conseqüentemente, colocar em risco a vida do doente que temos à nossa frente” (E1).

Quanto às consequências no rendimento e produtividade que o presentismo exerce na atividade que os profissionais de saúde prestam diariamente e que se reflete em consequências organizacionais, muitos dos respondentes assumem que sempre que foram trabalhar doentes, esta diminuiu, apresentando apenas resultados mínimos e não cuidados de excelência que gostariam de apresentar na sua performance - *“demorar mais tempo a desempenhar as tarefas ou, às vezes, estar com menos paciência (...) mas tento sempre não prejudicar ninguém e fazer as coisas, nem que faça mais devagar, mas que fazê-las. Sem riscos, tentar fazer o melhor que se consegue” (E5); “tanto física como mentalmente, não vou estar a 100%. Portanto, vou cometer erros, posso não conseguir reagir rapidamente em caso de uma emergência.” (E9).*

A maioria dos respondentes têm a mesma opinião formada sobre as consequências para a organização que a diminuição no rendimento e na produtividade trazem. Estes defendem que o rendimento dos recursos humanos, ou seja, a capacidade física ou intelectual para desempenhar alguma tarefa diminui (pelas razões anteriormente mencionadas) e que isso faz com que a produtividade também diminua, visto que produtividade remete para a obtenção da melhor relação entre volume produzido e recursos consumidos - *“a nossa disponibilidade para o outro e visto que nós trabalhamos diariamente com o outro e para o outro, a paciência deixa de ser a mesma, a nossa exigência com o nosso trabalho deixa de ser num grau tão elevado” (E20) . Ou seja, se para atingir os mesmos resultados (volume produzido em excelência de cuidados), os recursos consumidos têm de aumentar (mais profissionais de saúde têm de realizar as tarefas). Porém se essa produtividade for tida apenas como sendo “cumprir os mínimos objetivos” e se basear em “focar em realizar a tarefa e prestar os cuidados”, sem procurar excelência na realização das tarefas e com tendência a erros, de uma maneira mais lenta e menos focada no bem-estar do doente, então na maioria dos casos, mantém-se a produtividade pois os resultados continuam a aparecer “não podendo fazer tudo aquilo que faria se estivesse a 100%, tento, pelo menos, fazer o mínimo para não falhar com os meus doentes e estes não terem que esperar mais 3 meses pelos exames de diagnostico, prejudicando a sua situação de saúde” (E6) – vai depender do objetivo major da instituição: “diminuir as listas de espera para tratamentos,*

exames, cirurgias e internamentos ou prestar cuidados de excelência?”. Porém as consequências gerais que os respondentes defendem são realmente a diminuição do rendimento e produtividade e a baixa excelência de cuidados que o presentismo traz.

Neste tema podemos ainda falar em outro tipo de consequências que o presentismo traz, referimo-nos à saúde e bem-estar dos colegas e dos doentes, sendo que os profissionais neste ponto apresentam dois pontos de vista. Uma das consequências encontra-se diretamente ligada a um profissional ir trabalhar doente e poder contagiar e infectar os colegas e os doentes prejudicando a organização por falta de condições para a manutenção de um ambiente sem transmissão de infeções e bactérias- *“caso tenha algo que possa ser contagioso, posso passar aos meus doentes”* (E6); *“infectar colegas e doentes com algum vírus”* (E9). Assim, um profissional que vai trabalhar doente está sujeito a contaminar e adoecer colegas (prejudicando a instituição também na falta de elementos para trabalhar - depende da doença em si e do poder de contaminar os colegas e os doentes - *“depende da gravidade da doença em si. Se for uma doença que ponha em risco as pessoas que trabalham comigo, claro que não vou trabalhar, nem ponho isso em questão. Agora, se for alguma coisa que consiga dominar as minhas capacidades e que consiga desempenhar as minhas funções e que não ponha em risco ninguém, vou trabalhar doente”* (E23) e *“se a pessoa está doente, acho que deve na realidade deve meter baixa e ficar em casa. Eu não ia trabalhar doente, eu ia trabalhar indisposta, podia estar mal disposta”* (E31). A outra efeito prende-se com o ir trabalhar doente e conseguir fazer com que o doente não demore mais tempo a realizar a prevenção, o diagnóstico e/ou o tratamento que necessita e caso o profissional de saúde tivesse faltado e conseqüentemente a consulta, o exame ou o tratamento do doente, tivesse sido remarcado para quando houvesse vaga para tal, poderia acarretar consequências nefastas para a sua saúde - *“fazer o mínimo para não falhar com os meus doentes e estes não terem que esperar mais 3 meses pelos exames de diagnostico, prejudicando a sua situação de saúde”* (E6). As opiniões dividem-se pois também há um grupo de profissionais que defendem que quando se está doente não é para ir trabalhar - *“quando se sentem doentes, não devem ir trabalhar. Devem procurar apoio médico, até dentro da própria instituição e, portanto, justificar depois as suas faltas, com ou atestado ou não, com as suas necessidades e o tempo que seja necessário para recuperar da situação”* (E21).

5. Discussão

“O que é que leva os profissionais de saúde a irem trabalhar doentes?” e “Quais as consequências do presentismo no setor da saúde em Portugal?” foram as questões de investigação que tiveram na base para atingir os objetivos deste estudo que são baseados em identificar fatores que levam ao presentismo nos profissionais na área da saúde e compreender as consequências desse comportamento.

Após análise da revisão bibliográfica e dos dados obtidos na recolha de dados, concluiu-se que enquanto as repercussões da ausência de um colaborador são notórias e diretamente mensuráveis, as consequências e custos associados ao presentismo não são tão facilmente alcançáveis e requerem um maior esforço no sentido da sua explicação (Hemp, 2004; Martinez & Ferreira, 2012; Schultz & Edington, 2007). Assim, segundo Hemp (2004), “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” (p. 1). Deste modo, durante muito tempo, os custos e consequências do presentismo foram descurados devido à dificuldade que sempre existiu em medi-lo (Ferreira et al. 2010; Paschoalin et al., 2013; Schultz & Edington, 2007; Schultz et al., 2009; Terry & Xi, 2010). Por essa razão e pelos resultados do presente estudo, optou-se por colocar o foco no presentismo, pois os profissionais de saúde entrevistados demonstraram, na maioria das situações, comportamentos presentistas e consciência dos fatores que os levam a exercer esses comportamentos em detrimento dos comportamentos absentistas.

Segundo este estudo, que está alinhado à literatura, os fatores que levam ao presentismo podem ser individuais (i.e., fatores psicológicos, como problemas e crenças pessoais, sentimentos de culpa e identificação com a profissão/vocação; fatores sociais que se baseiam no receio de falhar com os outros e assim prejudicá-los, advindo deste evento sentimentos de culpa ou de obrigação perante a sociedade e os outros; e fatores económicos como é o exemplo das preocupações financeiras como os cortes e reduções salariais) e organizacionais (i.e., relação com os colegas e relação com o doente, clima e cultura organizacional e condições de trabalho). Concluiu-se também que que ir trabalhar quando se está doente pode acarretar consequências graves tanto a nível individual (consequências para a saúde e bem-estar do próprio profissional e consequências para a qualidade do serviço prestado), como a nível organizacional (consequências no rendimento e na produtividade e consequências para a organização como o prejudicar da saúde e bem-estar dos colegas e dos doentes, ficando com pessoas em falta para trabalhar e

contaminando ou prejudicando doentes e ficando com reputação menos favorável no mercado por questões de segurança).

Quando se fala em fatores individuais remete-se para a esfera pessoal e parte se do princípio básico de cada indivíduo ser um ser bio-psico-socio-cultural e espiritual que alberga ao longo da sua vida um conjunto de experiências, vivências, cultura, valores e crenças que o tornam na pessoa que é e fazem com que o seu comportamento e atitude sejam fruto dessa construção ao longo da sua vida (Elias et al., 2006). Juntando a esses fatores individuais os fatores culturais, ganhamos noção de que o *mindset* dos indivíduos é regido pela cultura de onde advém, pela maneira como foram educados e pelas suas vivências e crenças ao longo da sua educação, levando a uma cultura de culpabilização que se encontra tão enraizada em Portugal. Tal como Sousa (2006) refere, o predomínio, em Portugal, de uma cultura de culpabilização e ostracismo perante as “falhas” e suas potenciais consequências, em detrimento de uma cultura de análise e aprendizagem a partir das mesmas acaba por criar profissionais com uma enorme manifestação de sentimentos de culpa por poderem, de alguma maneira, falhar aos colegas, doentes, à própria instituição ou a si mesmos caso não se rejam pelos princípios da sua cultura, educação e ética. A cultura de culpabilização não está diretamente ligada ao fenómeno do absentismo e do presentismo, mas sim ao foco no erro e na falha e não na sua aprendizagem com esta. Assim, perante esta cultura de culpabilização, o faltar ao trabalho é apontado como uma falha e julgado, criando receios sentenças e rótulos de “mau profissional”, quer pela organização quer pelos seus pares, chefias e seus doentes, alguns dos profissionais. Assim, estes profissionais perante essa cultura de culpabilização e julgamentos pré-formatados, sentem que o absentismo os transforma em maus profissionais e optam pelos comportamentos presentistas, estando mais sujeitos ao erro profissional, mas segundo o seu *midset* estando a ter o comportamento certo para não serem julgados. É neste contexto que analisamos os fatores internos e psicológicos que levam os profissionais de saúde a comportamentos presentistas e chegamos à conclusão que vão trabalhar doentes porque têm a necessidade de não falhar ao espírito de responsabilidade com que referem que foram educados e que faz com que não “falhem” ao compromisso, mesmo que isso signifique que para tal adiram a comportamentos presentistas. Estes encontram-se perfeitamente alinhados com a literatura visto que os sentimentos de culpa por faltar ao trabalho, receio de uma atitude hostil por parte das chefias e medo das consequências prejudiciais e o receio de sobrecarregar os colegas e prejudicar o trabalho, se faltar são mencionados por vários autores (Johns, 2010; McKevitt et al, 1997; Miraglia & Johns, 2016).

Segundo os profissionais entrevistados, a falha ao compromisso também se encontra envolvida e diretamente ligada ao gosto e vocação pela sua profissão e tarefas exercidas, ou seja, os profissionais que exercem uma profissão por vocação têm maior dificuldade em faltar e veem os comportamentos absentistas como falha. Nesta mesma análise, foi perceptível o facto de as organizações se aproveitarem do gosto pela profissão, tarefas exercidas e vocação dos profissionais em questão para, através do poder que essa vocação exerce neles, consciencializarem-os a acreditar que é importante o trabalho ficar feito para não prejudicar os doentes, o serviço e os colegas.

Quanto aos “fatores sociais”, o trabalho, tendo “*uma dimensão básica de realização de todo o ser humano*” (Monjardino et al., 2016, p. 21), constitui um direito fundamental para o trabalhador, visto que dá origem e retrata o seu poder económico e social (Borges, 2012; Monjardino et al., 2016). Assim, o trabalho assume um papel preponderante no ciclo de vida do ser humano, porque envolve todas as componentes intrínsecas ao seu bem-estar físico, psicológico, emocional e social (Borges, 2012). É neste ponto de análise que entendemos que há respondentes que referem que vão trabalhar doentes (morbilidades crónicas) e tal comportamento é sentido como presentismo positivo no sentido em que conseguem manter rotinas, socializar e “esquecer-se” da sua condição, levando uma vida minimamente rotineira. Esta justificação da razão pela qual se adere ao presentismo em detrimento do absentismo é explicado pela existência dos processos motivacionais que levam ao *engagement* para com o trabalho e está alinhado aos princípios da JD-R model de Bakker e Demerouti (2007) na medida em que na presença de uma condição exigente, os recursos do trabalho existentes são determinantes para a motivação e o empenho dos colaboradores metamorfoseando um desafio num gosto pelo trabalho e num compromisso mútuo. Ou seja, quando existe um objetivo mais exigente a ser alcançado, porém, as condições de trabalho dadas pela organização e as políticas de motivação dos recursos humanos são boas, os profissionais encontram-se mais motivados e mais facilmente alcançam objetivos mais exigentes, mesmo que isso signifique que para aumentar a produtividade da organização tenham que recorrer a comportamentos presentistas – fazem-nos motivados e sentindo se valorizados. Por seu lado, o ponto de vista do modelo dinâmico do presentismo e absentismo de Johns (2010), olhando positivamente para o presentismo, refere que o colaborador vai trabalhar com limitações, mas consegue assegurar a execução da tarefa.

Estudando os fatores económicos obtivemos respostas muito idênticas por parte de todos os respondentes: aderem ao presentismo devido a receio de cortes e reduções no seu salário, portanto fatores involuntários pela ótica do modelo de presentismo e absentismo de Gosselin e

Lauzier (2011), já que é uma decisão que não é pessoal mas sim dependente da pressão externa de receio de perda de rendimento.

Quando são investigados os fatores organizacionais que levam os profissionais de saúde a exercer comportamentos presentistas, mais concretamente a relação com os colegas, podemos concluir que os fatores organizacionais parecem interagir - quando envolve clima e cultura saudável e equipas empáticas leva os respondentes a sentirem-se na responsabilidade não lhes falhar e irem trabalhar mesmo doentes para facilitar o cumprimento das tarefas e evitar a sobrecarga dos colegas e consequências menos positivas e custos mais elevados para a organização. A relação com o doente é outro ponto a não descurar pois os profissionais de saúde acreditam que tem responsabilidade sobre a saúde destes e se faltarem, mesmo estando doentes, poderão prejudicar a sua saúde e bem-estar ao demorar a remarcar a consulta, exame ou tratamento destes. Por sua vez, na literatura, as relações conflituosas com os supervisores ou os pares são também fatores (fatores involuntários no modelo de presentismo e absentismo de Gosselin e Lauzier (2011)) que levam ao presentismo (Merrill et al., 2012), pois existe o receio de faltar por temer julgamentos. Assim, tal como Johns (2010) refere, os contextos de trabalho podem ser tanto promotores como inibidores do presentismo, conforme as diversas particularidades associadas à realidade de cada contexto, facto que é revelado ao longo das várias entrevistas de recolha de dados realizadas neste estudo. Assim, os fatores que levam ao presentismo estão alinhados com a literatura - contextos de trabalho avocam para o presentismo: o compromisso com o trabalho, a interdependência de trabalho e a dificuldade de substituição dos colaboradores (Biron et al., 2006; Johns, 2011). Porém quando se fala em autonomia, constata-se, tal como na literatura que, quanto maior a autonomia menor a pressão para se ir trabalhar doente ou sem condições para tal (Huver et al., 2012; Johns, 2010; Johns, 2011), conseguindo se tomar decisões de uma maneira voluntária, optando-se de acordo com a natureza da condicionante de saúde, o contexto organizacional e as características individuais (Grosselin & Lauzier, 2011).

Importa referir neste ponto que os ambientes de trabalho têm sido alvo de estudos desde há alguns anos, sendo que os ambientes de trabalho positivos estão associados a uma melhor qualidade na prestação de cuidados, a um maior nível de satisfação no trabalho e a uma menor intencionalidade de abandono do posto de trabalho, o que se reflete consequentemente em melhores resultados para os trabalhadores, organizações e doentes (Dorigan & Guirardello, 2017). A satisfação no trabalho tem vindo a despertar um alto interesse entre os teóricos do comportamento organizacional (Duarte & Neves, 2011) pelo facto de ser um dos mais importantes resultados humanos do trabalho e a crença de que esta variável se encontra, implícita ou

explicitamente, associada ao desempenho, o que significaria que “*os trabalhadores mais satisfeitos sejam também os mais produtivos*” (Cunha et al., 2007, p. 178), facto em destaque quando se analisam os fatores organizacionais. Factos que a OMS apoia desde 2010, acreditando que um ambiente de trabalho saudável leva, por um lado, a um maior compromisso do colaborador para com o trabalho e, por outro, a uma maior independência de deliberação sobre o que efetivamente é melhor para o colaborador, para a saúde deste e para a organização onde trabalha, sem temer atitudes hostis e conseguindo calcular com toda a responsabilidade e sem pressões o melhor comportamento a ter neste tipo de situações (OMS, 2010). Assim, os fatores que levam ao presentismo estão alinhados com a literatura - contextos de trabalho avocam para o presentismo, contendo aspetos decisivos como compromisso com o trabalho, interdependência de trabalho, autonomia e facilidade de substituição dos colaboradores (Johns, 2011). Também as teorias explicativas do presentismo elucidam para os fatos e os fatores acima referidos: a JD-R model refere que existem, nos ambientes de trabalho, processos psicológicos dinâmicos que levam ao *burnout* ou ao *engagement*, de acordo com as exigências e os recursos presentes no contexto laboral, ou seja, quanto mais as exigências de trabalho e menos os recursos de trabalho menos fenómenos de presentismo e mais de absentismo; o modelo dinâmico de Johns e o modelo de presentismo e absentismo de Gosselin e Lauzier também referem que para além do estado de saúde do colaborador, as características pessoais e o contexto organizacional irão levar à adesão a comportamentos presentistas ou absentistas.

Concluindo, as particularidades individuais de cada colaborador, tais como valores pessoais de perceção reduzida da legitimidade do absentismo; características do trabalho, como responsabilidades e interdependência de tarefas; e características contextuais, nomeadamente competição entre trabalhadores e pressão de supervisores por maiores taxas de produtividade e objetivos atingidos (Zhou et al., 2016), faz com que os profissionais optem pelo presentismo, tal como demonstrado nos resultados obtidos no decurso deste estudo.

As principais consequências do presentismo na área da saúde, sugeridas pelos resultados deste estudo, são a afeção da saúde e bem-estar do próprio profissional de saúde, demorando este muito mais tempo a recuperar do que se estivesse em repouso e em casa; a diminuição da qualidade do serviço prestado que se restringe à execução das tarefas e dos cuidados mínimos e essenciais e não dos cuidados de excelência, crescendo abruptamente a probabilidade de ocorrência de erro por distração ou negligência; o decréscimo do rendimento e da produtividade pois a concentração na tarefa e a tolerância encontram-se diminuídas. Estas consequências vão de encontro aos dados fornecidos pela análise da literatura realizada à priori. Outra conclusão

possível de atingir com este estudo foi o facto de, com a ocorrência de comportamentos presentistas, depararmo-nos com consequências também a nível da saúde e bem-estar do doente e colegas através de possíveis contaminações ou a infeções bacterianas devido à patologia presente no profissional que vai trabalhar doente.

Quanto às consequências individuais (prejudicar a sua própria saúde e a qualidade do serviço prestado) e às consequências organizacionais (diminuir o rendimento e a produtividade; contaminação de pares e doentes, trazendo consequências para a saúde e bem-estar dos colegas e dos doentes), muitos respondentes referem que seria mais sensato ficar em casa. Existindo ainda profissionais que equacionam qual será o mal maior, entre ter um profissional que não está na sua perfeita condição para trabalhar ou não ter de facto ninguém a trabalhar para o substituir, sendo que o esforço é diferente quando há ausência. Há, inclusive, respondentes que referem que não se deveria aderir a comportamentos de presentismo outros que fazem uma ponderação em relação a ir doente, referindo que depende da doença em si e do poder de contaminar os colegas e os doentes. Outros profissionais defendem que poderão ir trabalhar doentes desde que tenham capacidade de concentração. Porém, o JD-R model, sobre demandas e recursos, refere que o presentismo afeta não só a quantidade de trabalho como a qualidade deste, prejudicando também o resultado final dessa produção pela existência de erros, com reflexos mais ou menos graves para as próprias organizações e para o seu público-alvo (Admasachew & Dawson, 2011; Hemp, 2004; Huver et al., 2012), facto que os dados analisados neste estudo apoiam, porém continua a ignorar indo trabalhar doente.

Concluindo, não é apenas um fator que é responsável por levar os profissionais ao presentismo mas sim a conjugação de vários fatores e no geral, a motivação que os profissionais de saúde percebem obter por parte das organizações é cada vez menor levando a grandes graus de desmotivação e ao presentismo de alguns respondentes por receio de atitudes e consequências hostis por parte de colegas e de chefias.

Além de tudo o que está alinhado com a literatura, uma descoberta bastante interessante que se obteve nesta investigação, está relacionada com o facto de quanto maior o tempo de vínculo laboral e maior a desmotivação, maior a taxa de absentismo. Ou seja, trabalhadores que se encontrem a exercer funções há mais tempo nas instituições hospitalares, tem maior tendência a deixar de trabalhar doentes e a pedir baixas médicas pois não se sentem motivados a atingir os mínimos organizacionais quando não se sentem valorizados e se sentem “apenas mais um número”. Portanto quando começam a exercer funções “vestem a camisola” e percorrem um caminho que os leva a atingir os objetivos e ideais da organização, porém quando sentem que

isso não lhes traz qualquer tipo de valorização desistem de tentar “agradar” e preferem “proteger a sua saúde e bem-estar” e faltar quando estão doentes – Bakker et al. (2023) explicam esta teoria através da combinação de desafios profissionais e existência de recursos para tal que levam ao *engagement* inicialmente, porém como , muitas vezes, não são mantidos esses recursos e os níveis de exigências de trabalho continuam altas, o *engagement* dá lugar ao *burnout*, levando os profissionais ao absentismo. Assim, chegamos à conclusão que se consegue suster o stress a nível físico e emocional durante algum tempo porém quando não existe motivação e *engagement* suficientes, o presentismo passa a absentismo.

5.1 Contribuições para a Teoria

As contribuições para a teoria passam por solidificar e confirmar o que a revisão da literatura, de facto faz prever e demonstra que estamos perante um país que se não tiver uma intervenção mais rápida no sentido de realmente encontrar estratégias de intervenção na motivação dos seus profissionais de saúde vai acabar por perde-los e ficar cada vez mais débil e doente, refletindo-se tal na saúde da população em geral e nas taxas de comorbilidades e mortalidade nos centros hospitalares pela grande possibilidade e probabilidade de ocorrência de erro num sistema que conta com profissionais desmotivados, cansados e doentes.

Outra contribuição para a teoria passou pelo facto de ter existido uma necessidade de recorrer a uma combinação de diferentes modelos teóricos para explicar os dados para obter uma abordagem compreensiva mais completa ao fenómeno do presentismo pois ao longo deste estudo compreendemos que é o *match* de vários fatores que levam à sua ocorrência e não é um fenómeno que se deve a uma causa fatorial isolada. Assim, a recorrência a várias teorias explica a combinação de vários estímulos que tendencialmente aumentam ou diminuem a ocorrência do presentismo.

5.2 Implicações Práticas

Os resultados obtidos têm grande potencial para as implicações práticas na melhoria do sistema de saúde e da prestação de cuidados de saúde a nível hospitalar pois demonstram claramente que existem lacunas na satisfação e motivação dos recursos humanos e, ainda que se recorre ao presentismo, maioritariamente, por razões negativas. As melhorias passariam por mudanças a nível de gestão de recursos humanos, tanto a nível institucional como a nível nacional com a criação de políticas de motivação e valorização destes, pois a força motriz de qualquer

instituição são os seus profissionais e um sistema é tão forte ou consistente quanto o seu elo mais fraco, por isso é necessário não permitir existência de elos menos fortes.

Após análise dos dados recolhidos pelas entrevistas realizadas, ao sabermos quais são os fatores que levam aos comportamentos presentistas, é nos possível traçar algumas ações específicas para minimizar e prevenir esses comportamentos. Essas ações passam maioritariamente por criar uma base de confiança entre o profissional e a organização, sentindo se esses profissionais valorizados e não “apenas números” como em tantas entrevistas é referido. Algumas das possíveis ações a adotar para a diminuição das taxas de presentismo passam por comunicação mais proativa entre o profissional e a organização, sem julgamentos; menor “culpabilização” do profissional por ter de se ausentar, justificando devidamente, em momentos de impossibilidade por doença; menor pressão psicológica por parte da organização para o profissional exercer o presentismo (muitos entrevistados referem que é bastante comum visto que se não o fizerem sofrem consequências e repercussões negativas); maior feedback pelas chefias diretas ao longo do ano de trabalho e não apenas no momento de avaliação de desempenho; implementação de políticas de criação de ambientes de trabalho saudáveis nas organizações de saúde; maior apoio na área da saúde mental e psicologia a estes profissionais (visto que existe uma grande taxa de perturbações de saúde mental responsáveis por comportamentos presentistas); e reforço das equipas com elementos suficientes para suprimir as necessidades do serviço (pode se recorrer pontualmente a elementos externos para quando alguém da equipa falta, exemplos de apps de trabalho temporário e prestações de serviços pontuais). Outras ações que poderão ser adotadas para aumentar o engagement dos profissionais de saúde e diminuir quer a ocorrência do presentismo, quer as consequências negativas que poderão deste advir, passam pela alteração do modo de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde, que muitos consideram “injusto e insensível” pois acreditam que fragmenta as equipas devido ao incentivo de uma competição pouco saudável dentro das mesmas; pela possibilidade de progressão na carreira de um modo mais dinâmico e assíduo; pelo crescente incentivo monetário; por existência de mais ações de *team building* pouco frequentes nestas áreas e, assim, reduzir as taxas de *turnover* dentro das equipas; por maior igualdade e harmonia na atribuição de horários de trabalho mais justos para todos os profissionais, através de normas de atribuição de turnos pré-aprovados pelas instituições; e por aumento dos dias de descanso / férias que acumulem pela execução de turnos e horas extras.

Sabemos que a cultura organizacional é das coisas mais difíceis de mudar, porém, para conseguirmos minimizar as taxas de comportamentos presentistas e as consequências negativas

do presentismo e motivar os profissionais de saúde, estas políticas de recursos humanos poderão resultar em profissionais que realmente “vestem a camisola” e aumentar a produtividade devido à valorização e ao gosto por trabalhar na organização em questão, conseguindo manter uma comunicação eficaz e minimizando a pressão que os profissionais sentem pela cultura de culpabilização tão presente nas organizações de saúde.

5.3 Limitações do Estudo e Sugestões de Estudos Futuros

Qualquer estudo tem limitações, independentemente do seu rigor, e este estudo não foge à regra. Embora o esforço para alcançar o melhor resultado possível, uma série de limitações são descritas abaixo que podem ter influenciado os resultados desta pesquisa.

Relativamente às limitações do estudo consideramos que o facto de ser um estudo transversal e a amostra seleccionada por conveniência, não nos permite a extrapolação dos resultados. O facto de ser um estudo qualitativo, ainda que tenha permitido compreender a complexidade e os detalhes das informações obtidas, resultou numa amostra restrita e com pouca dimensão (apesar de se ter chegado à saturação teórica – momento que se descobre que todos os dados necessários foram recolhidos e não há nenhuma informação ou dado novo relevante que possa ser obtido dos entrevistados ou sujeitos do estudo (Fusch et al., 2018)). Os estudos qualitativos são úteis para produzir informações ricas e detalhadas que reproduzem fielmente as perspetivas dos participantes, conseguindo chegar a tópicos mais pessoais e de difícil abordagem em pesquisas quantitativas, mas os resultados obtidos por estes têm tendência a serem mais subjetivos e a possibilidade da imparcialidade do investigador poder comprometer a sua validade (problemática sempre presente e contornada ao máximo). Como limitação temos ainda o facto de os seus resultados não poderem ser generalizáveis, apesar de poderem ser transferidos para outros contextos na área da saúde. Pelas razões anteriormente descritas, sugere-se a elaboração de estudos quantitativos para permitir que a variável seja controlada pelo desenho do estudo e qualificada pela análise estatística, possibilitando a obtenção de dados pontuais confiáveis que poderão ser estendidos a uma população maior. Também se sugere este tipo de análise devido à existência de escalas e instrumentos de avaliação validados e confiáveis e o custo e tempo necessário para a realização deste tipo de estudos ser menos que nos estudos qualitativos (Stange & Zyzanski, 1989). Sugere-se que seria importante alargar este estudo a uma amostra de maior dimensão e amplitude, tornando o estudo mais robusto, talvez até a nível nacional (Portugal continental e ilhas) para conseguir perceber a existência de diferenças ou

não nos fatores que levam os profissionais de saúde, que exercem funções a nível hospitalar, ao presentismo e nas consequências que de tais comportamentos resultam.

Outra sugestão, mais arrojada e mais complexa, seria integrar o método qualitativo com métodos quantitativos com o intuito de medir a taxa de ocorrência do presentismo ao mesmo tempo que conseguimos obter dados qualitativos para chegar à sua causa e consequências e aplicar esse estudo aos grandes centros hospitalares nacionais. Apesar de alguns cientistas argumentarem que qualquer interação entre estes dois métodos ameaçaria a pesquisa, outros defendem que, embora as suas abordagens tenham natureza diferente e não sejam contínuas, também não são contraditórias, e uma compensaria as limitações da outra, complementando-se (Santos, 1999).

Para confirmar os resultados deste estudo e superar as suas limitações, são necessários mais estudos que abordem simultaneamente as origens do presentismo e do absentismo. Como afirma Johns (2010), os estudos sobre o presentismo não devem ser feitos no vácuo, sem considerar a contrapartida do absentismo. Deve ser tida em conta a prioridade da dinâmica de resolução e integrar ambos os fenómenos no estudo, para tal é necessário trabalhar na parte da melhoria da compreensão da natureza da relação entre presentismo e absentismo, são necessárias mais pesquisas para identificar as semelhanças e diferenças nos fatores que levam a ambos os comportamentos.

É crucial compreender o desenvolvimento de melhores políticas organizacionais e compreender melhor quais as condições exatas que levam aos comportamentos de presentismo/absentismo e, assim, identificar grupos de risco. As organizações, por sua vez, podem e devem aproveitar esses resultados para identificar opções eficazes que promovam políticas de motivação e valorização profissional dos seus funcionários.

Outra sugestão seria realizar este estudo nas quatro vertentes hospitalares que temos a nível de gestão (gestão pública, público-privada, privada e militar) e comparar resultados – acredito que seria muito interessante entender como diferentes tipos de gestão conseguem ou não alterar os resultados apresentados neste estudo pois acredito que esses diferentes tipos de gestão usariam diferentes estratégias de motivação e gestão de recursos humanos.

Como futuras investigações sugere-se, ainda associar ao presentismo outros fatores, nomeadamente a qualidade de vida, o *burnout* e o *engagement* pois cada vez mais os locais de trabalho tendem a ser o sítio onde os profissionais de saúde passam a maior parte do seu tempo de vida e o trabalho é visto como algo que deverá trazer satisfação e valorização à própria

pessoa. Importa, dado o calibre do desgaste físico, psicológico e emocional que os profissionais de saúde sofrem diariamente, conseguir normalizar a transformação dos hospitais em ambientes de trabalho saudáveis que acrescentem qualidade de vida e aumentem o *engagement* dos seus profissionais e reduzam até extinguiem as taxas de *burnout*. Para atingir esses objetivos precisamos de estudos que nos forneçam dados de como a qualidade de vida, o *burnout* e o *engagement* podem alterar a ocorrência de presentismo.

6. Conclusão

Atualmente assiste-se a um clima de mudanças profundas na relação trabalhador-trabalho, sendo o trabalho visto como uma fonte de realização, satisfação e prazer, e ser considerado uma parte fundamental na vida de cada indivíduo (Carvalho & Neto, 2018). Com as constantes mudanças nos sistemas de saúde, como é o envelhecimento da população, a escassez de mão de obra, profissionais cansados e desvalorizados, os salários que não acompanham o custo da vida quotidiana, as acentuadas pressões por atingir objetivos e produtividades cada vez maiores e que levam a represálias caso não sejam atingidos e valores pessoais de perceção reduzida da legitimidade do absentismo, fazem com que os profissionais de saúde vão trabalhar doentes.

Concluimos que, os fatores que levam os profissionais de saúde a comportamentos de presentismo estão ligados a fatores individuais, como fatores psicológicos, fatores económicos e fatores sociais, e a fatores organizacionais como clima e cultura organizacional, condições de trabalho, relação com os colegas e relação com o doente. E que as consequências a que esses fatores levavam podem ser individuais, como deterioração da saúde e bem-estar do próprio profissional e da qualidade do serviço prestado; ou organizacionais como redução do rendimento e produtividade. É possível concluir ainda que a maioria dos resultados obtidos (fatores e consequências do presentismo) nas entrevistas realizadas a 32 profissionais de saúde vão de encontro à revisão da literatura realizada à priori.

Referências Bibliográficas

- Akaike, H. (1973). Information theory as an extension of the maximum likelihood principle—
In: Second International Symposium on Information Theory (Eds) BN Petrov, F. Csaki.
BNPBF Csaki Budapest: Academiai Kiado, 267-281.
- Anderson, D.T., Bezdek, J.C., Popescu, M. & Keller, J.M. (2010), Comparing Fuzzy, Probabilistic, and Possibilistic Partitions, *IEEE Transactions on Fuzzy Systems*, 18(5), 906-918.
In:<https://doi.org/10.1109/TFUZZ.2010.2052258>
- Afonso, A., & Nunes, C. (2019), Probabilidades e Estatística. Aplicações e Soluções em
SPSS, Versão revista e aumentada.
- Acedo, F. J., Barroso, C., & Galan, J. L. (2006). The Resource-based Theory: Dissemination
and Main Trends, *Strategic Management Journal*, 27: 621–636. In:
<https://doi.org/10.1002/smj.532>
- Agapito, S.M. & Cardoso De Sousa, F. (2010). A influência da satisfação profissional no
Absentismo laboral, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 132-139. In:
<http://hdl.handle.net/10362/98902>
- Ahmed, P.K. & Rafiq, M. (2002). International marketing: tools and concepts for customer:
focused management. *Butterworth- Heinenmann*, Oxford
- Albuquerque, J. (2018, Outubro 14). Um dilema português: muita hora de trabalho, pouca
produtividade, presentismo e a família é que paga. Expresso.
- Allen, H., Hubbard, D., & Sullivan, S. (2005). The burden of pain on employee health and
productivity at a major provider of business services. *Journal of Occupational and Environmental
Medicine*, 47, 658-670.
In:<https://doi.org/10.1097/01.jom.0000171054.57677.4c>
- Amado, J. (2017). Manual de investigação Qualitativa em Educação 3ª edição. Imprensa da
Universidade de Coimbra/Coimbra University Press.
- Armstrong, M. & Taylor, S. (2014). Armstrong's handbook of human resource management.
13th ed.London: Kogan Page
- Aronsson, G. & Gustafsson, K. (2005) - Sickness presenteeism: Prevalence, attendance-pre
sure factors, and an outline of a model for re-research. *Journal of Occupational and
Environmental Medicine*.Vol. 47, n.º 9. 958-966.
In:<https://doi.org/10.1097/01.jom.0000177219.75677.17>
- Aronsson, G., Gustafsson, K. & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work: An empirical study

- of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology & Community Health*. Vol. 54, n.º 7. 502–509.
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405. In:<https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. (2023). Job demands–resources theory: Ten years later. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10, 25-53.
- Baker, M.G., Peckham, T.K., & Seixas, N.S. (2020), Estimating the burden of United States workers exposed to infection or disease: A key factor in containing risk of COVID-19 infection. *PLoS One*;15(4):4–11. In:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232452>
- Banks, C., & Pearson, S. (2021). Personality, staff attitudes and their association with absenteeism and presenteeism in Australian public sector hospital-based nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2639-2646. In:<https://doi.org/10.1111/jonm.13443>
- Barbosa, D. (2016). Presente mas ausente: O fenómeno do presentismo em enfermeiros portugueses. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Barney, J. B. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17: 99–120; In:<https://doi.org/10.1177/014920639101700108>
- Barney, J. B., Wright, P. M. & Ketchen, D. J. (2001). The Resource-Based View of the Firm: Ten Years After 1991. *Journal of Management*, 27: 625–641; In:<https://doi.org/10.1177/014920630102700601>
- Bassi I, Assunção AA, Pimenta AM, Benavides FG, Ubalde-Lopez M. Sickness absence among health workers in belo horizonte, Brazil. *J Occup Health*. 2016;58(2):179–85. In:<https://doi.org/10.1539/joh.15-0121-OA>
- Begun, J. W., Zimmerman, B. & Dooley, K. J. (2003). Health Care Organizations as Complex Adaptive Systems. *Advances in Health Care Organization Theory*, 1, 253-288.
- Bento, A. (2019) Avaliação de desempenho na Unicâmbio – Instituição de pagamento, SA. Universidade de Lisboa. In: <http://hdl.handle.net/10400.5/18948>
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009). Sickness

- presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51, 629–638. In: <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181a8281b>
- Berry, L.L. & Parasuraman, A. (1991). Marketing services: competing through quality *The Free Press*, Oxford
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em Educação. Uma Introdução*. Porto: Porto Editora.
- Bontis, N. (1998). Intellectual Capital: An Exploratory Study that Develops Measures and Models. *Management Decision*, 36 (2): 63 – 76. In: <https://doi.org/10.1108/00251749810204142>
- Borges, E. (2012). *Qualidade de vida relacionada com o trabalho: stress e violência psicológica nos enfermeiros*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa do Porto. Tese de Doutoramento.
- Borges, J. (2011). *Importância da análise do presentismo em instituições de saúde*. [Dissertação de Mestrado em Gestão de Organizações, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa].
- Branco, A. G. & Ramos, V. (2001) - Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2. p. 5-12. In: <http://hdl.handle.net/10362/15293>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. In: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brborović, H., Daka, Q., Dakaj, K., & Brborović, O. (2017). Antecedents and associations of sickness presenteeism and sickness absenteeism in nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 23(6). In: <https://doi.org/10.1111/ijn.12598>
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods (4th ed.)* New York: Oxford University Press.
- Campbell, J., McDonald, C. & Sethibe, T. (2010). Public and Private Sector IT Governance: Identifying Contextual Differences. *Australasian Journal of Information Systems*. Australia, 16(2). In: <https://doi.org/10.3127/ajis.v16i2.538>
- Campos, A. C. (2008) – *Reformas da saúde o fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina.
- Cancelliere, C., Cassidy, J. D., Ammendolia, C. & Côté, P. – *Are Workplace Health Promotion*
- Creswell, J. W. (2014). *A concise introduction to mixed methods research*. SAGE publications.
- Cucchiella, F., Gastaldi, M., & Ranieri, L. (2014). Managing Absenteeism in the Workplace: The Case of an Italian Multiutility Company. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 150, 1157–1166. In: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.131>

- Carochinho, J. A. (1998) – Satisfação no trabalho, compromisso e cultura organizacional: estudo empírico na banca com base no modelo dos valores contrastantes. Lisboa: ISCTE. Tese de mestrado em Psicologia Social e Organizacional apresentada ao ISCTE.
- Chadwick-Jones, J. K. et al. (1971). Absence measures: their reliability and stability in an industrial setting. *Personnel Psychology*, 24 463 - 470.
In:<https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1971.tb00368.x>
- Chaplin, C. (1997). *Vida e Pensamentos*. Editora Martin Claret. p. 118.
- Chênevert, D., Jourdain, G., Cole, N., & Banville, B. (2013). The role of organisational justice, burnout and commitment in the understanding of absenteeism in the Canadian healthcare sector. *Journal of Health, Organisation and Management*, 27(3), 350–367.
In:<https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2012-0116>
- Chiavenato, I. (1994). *Recursos Humanos na Empresa: Pessoas, Organizações e Sistemas*. São Paulo: Atlas, 3ªed., pp. 67-76.
- Clarke, V., & Kitzinger, C. (2002). Lesbian and gay parents on talk shows: resistance or collusion in heterosexism. *Qualitative Research in Psychology*, pp. 195-217.
In:<https://doi.org/10.1191/1478088704qp014oa>
- Cleary, P.D., et al. (1991) Patients Evaluate Their Hospital Care: A National Survey. *Health Aff.* 10.1377/hlthaff.10.4.254
- Coff, R. W. (1997). Human Assets and Management Dilemmas: Coping with Hazards on the Road to Resource-Based Theory. *Academy of Management Review*, 22: 374–403;
- Cohen, A., & Golan, R. (2007). Predicting absenteeism and turnover intentions by past absenteeism and work attitudes. *Career Development International*. 12: 5. 416-432. In:
<https://doi.org/10.1108/13620430710773745>
- Cunha, M. P.; Rego, A.; Cunha, R.C.; & Cabral-Cardoso, C. (2007) – *Manual de comportamento organizacional e gestão*. 6ª ed. Lisboa: Editora RH.
- Damart, S., & Kletz, F. (2016). When the management of nurse absenteeism becomes a cause of absenteeism: A study based on a comparison of two health care facilities. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 4–11. In:<https://doi.org/10.1111/jonm.12262>
- De Oliveira, A. P. C., Dussault, G., & Craveiro, I. (2017). Challenges and strategies to improve the availability and geographic accessibility of physicians in Portugal. *Human resources for health*, 15(1), 1-9. In:<https://doi.org/10.1186/s12960-017-0194-3>
- De Sousa Borges, F. E., Aragão, D. F. B., de Sousa Borges, F. E., Borges, F. E. S., de Jesus Sousa, A. S., & Machado, A. L. G. (2021). Fatores de risco para a Síndrome de Burnout

- em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(33). In: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.835>
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Thanh, N. X., & Jacobs, P. (2014). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 14(1). In: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.835>
- Direção Geral Da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – 2º Ciclo 2013/2017. Lisboa: DGS.
- Dorigan, G. & Guirardello, E. (2017). Ambiente da prática, satisfação e clima de segurança: percepção dos enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, vol. 30, nº 1, pp. 129-135. In: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700021>
- Duarte, A. & Neves, J. (2011). A relação entre a responsabilidade social percebida e satisfação no trabalho: o papel mediador da imagem organizacional. *Percursos da Investigação em Psicologia Social e Organizacional*. Vol. 4, pp. 105-118.
- Eccheli, S. D. (2008). A motivação como prevenção da indisciplina. *Educar Em Revista*, 32, 199-213. In: <https://doi.org/10.1590/S0104-40602008000200014>
- Elias, A. C. de A., Giglio, J. S., & Pimenta, C. A. de M. (2006). A dimensão espiritual do ser humano em uma perspectiva acadêmica. *Revista Técnica IPEP*, 6 (ja/ju 2006), 29-46.
- Eurofound. (2010). Absence from work
- Eurofound. (2017). Sixth European Working Conditions Survey - Overview report (2017 update). In Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Eurofound. (2018). Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU. In Publications Office of the European Union (Issue October).
- Ferreira, A., Diogo, C., Ferreira, M. & Valente, A. (2006). Construção e validação de uma Escala Multi Fatorial de Motivação no Trabalho (Multi-Moti) - Comportamento Organizacional e Gestão. *American Management Association*, vol. 12, 2: 187-198, New York. <http://hdl.handle.net/10400.12/4992>
- Ferreira, J.M.C., Neves, J & Caetano, A. (2002). Manual de psicossociologia das organizações, McGrawHill, Lisboa
- Flick, U. (2009). An Introduction to Qualitative Research (4th ed.). SAGE Publications.
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta
- Fusch, P., Fusch, G. E., & Ness, L. R. (2018). Denzin's paradigm shift: Revisiting triangulation in qualitative research. *Journal of Sustainable Social Change*, 10(1), 2. In: <https://doi.org/10.5590/JOSC.2018.10.1.02>

- Garrow, V. (2016). Presenteeism: A review of current thinking. Brighton, UK: *Institute for Employment Studies*, Report 507
- Grant, R. (1991). The Resource-Based Theory of Competitive Advantage: Implications for Strategy Formulation. *California Management Review*, 33: 114-136;
In: <https://doi.org/10.1016/B978-0-7506-7088-3.50004-8>
- Grant, R. (1996). Toward a Knowledge-Based Theory of the Firm. *Strategic Management Journal*, 17 (winter special issue): 109–122;
In: <https://doi.org/10.1002/smj.4250171110>
- Goetzel, R. Z., Ozminkowski, R. J., & Long, S. (2003). Development and reliability analysis of the work productivity short inventory (WPSI). Instrument measuring employee health and productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45, 743-762.
In: <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000079085.95532.32>
- Goldberg R., et al. (2002) Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med*. 3:1156-64.
In: <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1996.tb03379.x>
- Gosselin, E., Lemyre, L., & Corneil, W. (2013). Presenteeism and absenteeism: differentiated understanding of related phenomena. *Journal of occupational health psychology*, 18(1), 75. In: <https://doi.org/10.1037/a0030932>
- Guenther, T. & Beyer, D. (2003). Hurdles of the Voluntary Disclosure of Information on Intangibles – Empirical Results for “New Economy” Industries”. *Dresden Papers of Business Administration*, 71(03).
- Hackman, R.; & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*. 16. 250-279.
In: [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(76\)90016-7](https://doi.org/10.1016/0030-5073(76)90016-7)
- Haguette, A., Silva, I. B. P. D., Martins, M. D., & Kunz, M. S. (1995). Ética e racionalidade moderna; Mairi revisitada; Transição capitalista e classe dominante no Nordeste; Mãos de mestre.
- Hemp, P. (2004). “Presenteeism: At work – but out of it”, *Havard Business Review*, pp.49-58.
- Huselid, M. A. (1995). The Impact of Human Resource Management Practices on Turnover, Productivity, and Corporate Financial Performance. *Academy of Management Journal*, 38: 635–672; In: <https://doi.org/10.5465/256741>
- Huver, B., Richard, S., Vaneecloo, N., Delclite, T. & Bierta, I. (2012). Sick but at Work: An Econometric Approach to Presenteeism. 15th IZA European Summer School in Labor

Economics. 23-29.

- ILO. (2016). Workplace Stress: a collective challenge. In *WORKPLACE STRESS: A collective challenge WORLD* (Issue April 2016).
- INE (2018). Conceito de absentismo. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Johansen, V., Aronsson, G., & Marklund, S. (2014). Positive and negative reasons for sickness presenteeism in Norway and Sweden: A cross-sectional survey. *British Medical Journal Open*, 4.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*. Vol. 31, n.º 4, p. 519–542. In: <https://doi.org/10.1002/job.630>
- Johns, G.; & Miraglia, M. (2015). The reliability, validity, and accuracy of self-reported absenteeism from work: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*. 20: 1-51. In: <https://doi.org/10.1037/a0037754>
- LEI n.º 14/2018. Diário da República. 55. Série I (2018-03-19) 1340 - 1342. Altera o regime jurídico aplicável à transmissão de empresa ou estabelecimento e reforça os direitos dos trabalhadores, procedendo à décima terceira alteração ao Código do Trabalho, aprovado em anexo à Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro.
- Leite, R. B., (2020). Um Caminho para a Cura – Realidades e Propostas para o Sistema de Saúde em Portugal. Dom Quixote.
- Lev, B. (2001). *Intangibles - Management, Measurement, and Reporting*. Brookings Institution Press, Washington. <https://www.jstor.org/stable/10.7864/j.ctvcj2rf2>
- Lewis, M. (1963). *The New New Thing: A Silicon Valley Story*. New York: Norton.
- Liu, J. X., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner, T., & Scheffler, R. (2017). Global health workforce labor market projections for 2030. *Human resources for health*, 15(1), 1-12. In: <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0187-2>
- Lui, J. N. M., Andres, E. B., & Johnston, J. M. (2018). Presenteeism exposures and outcomes amongst hospital doctors and nurses: a systematic review. *BMC health services research*, 18(1), 1-15. [10.1186/s12913-018-3789-z](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3789-z)
- Lohaus, D., & Habermann, W. (2019). Presenteeism: A review and research directions. *Human Resource Management Review*, 29(1), 43-58. In: <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.02.010>
- Lowe, G. (2004). Here in body, absent on productivity – presenteeism hurts outputs, quality of work-life and employee health. *The National Journal of Human Resource Management*, 1-2.

- Karanika-Murray, M., & Biron, C. (2019). The health-performance framework of presenteeism: Towards understanding an adaptive behaviour. *Human Relations*, 1–20. In: <https://doi.org/10.1177/0018726719827081>
- Kessler, R. C., et al. (2005). The prevalence and effects of adult attention deficit/ hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47 (6), 565-572. In:<https://doi.org/10.1097/01.jom.0000166863.33541.39>
- Kogut, B. & Zander, U. (1992). Knowledge of the Firm, combinative 454 Crook et al. Capabilities, and the Replication of Technology. *Organization Science*, 3: 383–397. In:<https://doi.org/10.1287/orsc.3.3.383>
- Koopman C., et al. (2002) Stanford Presenteeism Scale: health status and employee productivity. *J Occup Environ Med*. 44(1):14-20. In:<https://doi.org/10.1097/00043764-200201000-00004>
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Mach, M., Ferreira, A. I., Martinez, L. F., Lisowskaia, A., Dagher, G. K., & Perez-Nebra, A. R. (2018). Working conditions in hospitals revisited: A moderated-mediated model of job context and presenteeism. *PloS one*, 13(10). In:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205973>
- Mallada F.J.R. (2014). La gestión del absentismo laboral en las empresas españolas. *Methods*
- Martinez, L. F., Ferreira, A. I., Sousa, L. M., & Cunha, J. V. (2007). A esperança é a última a morrer? Capital psicológico positivo e presentismo. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13, 37-54.
- Martínez, L.F & Ferreira, A.I. (2012). Sick at work: presenteeism among nurses in a Portuguese public hospital. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 28(4), 297-304. In:<https://doi.org/10.1002/smi.1432>
- Martins M.C.A. (2003). Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. *Revista Millenium: Instituto Politécnico de Viseu*.
- Martocchio, J. J. (1992). The financial cost of absence decisions. *Journal of Management*. 18: 133-152. In: <https://doi.org/10.1177/014920639201800109>
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologist Press.
- Mbombi, M. O., et al. (2018). The effects of absenteeism on nurses remaining on duty at a

- terciary hospital of Limpopo province. *Curationis*, 41(1), 1–5.
<https://hdl.handle.net/10520/EJC-13b4e3538a>
- McKevitt, C., Morgan, M., Dundas, D., & Holland, W.W. (1997). Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *Journal of Public Health Medicine*, 19, 295-300. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024633>
- Minayo, M. C. S (org) (1994). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Miraglia, M., & Johns, G. (2016). Going to work ill: A meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual-path model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21, 261–283. <https://doi.org/10.1037/ocp0000015>
- Monjardino, T., Amaro, J., Batista, A., & Norton, P. (2016). *Trabalho e saúde em Portugal 2016*. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.
- Morgan, H. (2022). Conducting a qualitative document analysis. *The Qualitative Report*, 27(1), 64-77.
- Mowday, R. T.; Steers, R. M.; Porter, I. W. (1979) – The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, (2), 224-247. [https://doi.org/10.1016/0001-8791\(79\)90072-1](https://doi.org/10.1016/0001-8791(79)90072-1)
- Niven, K., & Ciborowska, N. (2015). The hidden dangers of attending work while unwell: A survey study of presenteeism among pharmacists. *International Journal of Stress Management*, 22, 207–221. <https://doi.org/10.1037/a0039131>
- Neto, H. (2015). Estratégias organizacionais de gestão e intervenção sobre riscos psicossociais do trabalho. *International Journal on working conditions*. vol. 9, pp. 1-21. <https://www.researchgate.net/publication/280287225>
- Observatório português dos sistemas de saúde (2012), *Crise e saúde um país em sofrimento: relatório de Primavera 2012*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- OECD. (2014). *Mental Health and Work: Netherlands*. OECD Publishing.
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
- Oficina Internacional Del Trabajo (1991). *Enciclopédia de Salud, Seguridad e Higiene en el trabajo* Vol.1. Madrid.
- Oliveira, A. J. E. & André, S. M. S. (2010). *Enfermagem em Saúde Ocupacional*. Millenium. Vol. 41.115-122.
- OMS (2020), *State of the World's Nursing Report 2020: investing in education, jobs and*

- leadership. ISBN 978-92-4-000327-9
- OMS (2010). *Ambientes de Trabalho Saudáveis: Um Modelo para Ação para Empregadores, Trabalhadores, Formuladores de Políticas e Profissionais*. Brasília: OMS.
- Ozminkowski, R. J., Goetzel, R. Z., & Long, S. R. (2003). A validity analysis of the work productivity short inventory (WPSI) instrument measuring employee health and productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45, 1183-1195.
- Paschoalin, H. C., Griep, R. H., Lisboa, M.T. L. & Mello, D. C. B. (2013). Adaptação Transcultural e Validação para o Português Brasileiro do Stanford Presenteeism Scale para Avaliação do Presenteísmo. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. Vol. 21, n.º 1. 388-395. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000100014>
- Penrose, E. (1959). *The Theory of the Growth of the Firm*. New York, 3rd ed.: Oxford University Press
- Pfeffer, J. (1994). *Competitive Advantage through People: Unlashing the Power of the Work Force*. Harvard Business School Press, Boston. <https://lcn.loc.gov/93026599>
- Pletcher, G. (2000). *The employee-patient-profit chain in a traditional for-profit hospital: a longitudinal case study*. Capella University, Minneapolis.
- Ployhart, R. E., Van Iddekinge, C. H. & Mackenzie Jr., W. I. (2011). Acquiring and Developing Human Capital in Services Contexts: The Interconnectedness of Human Capital Resources. *Academy of Management Journal*, Vol.54, 2: 353-368; <https://doi.org/10.5465/amj.2011.60263097>
- Portugal. Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional: 2o ciclo – 2013/2017*, Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional. Direção Geral de Saúde.50.
- Portugal. Ministério da Saúde. SNS (2016). *Relatório social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde (1990). Lei n.º 48/90. *Diário da República* no 195, 1ª Série de 24 de Agosto de 1990, p. 3452–9.
- Portugal. Ministério da Saúde (2002). Lei no 27/02. *Diário Da República* no 258, 1ª Série de 08 de Novembro de 2002, p. 7150–4.
- Prasad, M., Wahlqvist, P., Shikar, R., & Shih, Y. (2004). A review of self-report instruments measuring health-related work productivity: A patient-reported outcomes perspective. *Pharmacoeconomics*, 22, 225-244. <https://doi.org/10.2165/00019053-200422040-00002>
- Rainbow, J. G. (2019). Presenteeism: Nurse perceptions and consequences. *Journal of Nursing*

- Management*, 27(7), 1530-1537. <https://doi.org/10.1111/jonm.12839>
- Rego, A.; Souto, S. (2004) – A percepção de justiça como antecedente do comprometimento organizacional: um estudo luso-brasileiro. *Revista de Administração Contemporânea*, 8 (1), 151-177. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552004000100008>
- Ribeiro, M.; Caldeira, S.; Nunes, E.; & Vieira, M. (2021). A commentary on spiritual leadership and workplace spirituality in nursing management. *J Nurs Manag.*29:602–605. <https://doi.org/10.1111/jonm.13196>
- Robertson, I., & Cooper, C. L. (2011). Well-being: Productivity and happiness at work. Wiesbaden, Germany: Springer.
- Ruhle, S. A., Breitsohl, H., Aboagye, E., Baba, V., Biron, C., Correia Leal, C., ... & Yang, T. (2020). “To work, or not to work, that is the question”–Recent trends and avenues for research on presenteeism. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(3), 344-363. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2019.1704734>
- Santos O, Rosa A, Ana B, Antunes R, Craveiro I, Júnior A, et al. Os centros de saúde em Portugal: Determinantes da satisfação com o funcionamento actual & prioridades de reforma.
- Santos, S. R. (1999). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *J pediatr*, 75(6), 401-406.
- Sarudi D. (2000). Inbox: Who’s minding the hospital? Absenteeism soars. *Heal Hosp Netw.* 74(4):14.
- Schaufeli, W.B.; Leiter, M.P.; & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int.*14:204-20. <https://doi.org/10.1109/EMR.2010.5645750>
- Scheinder, E. (2014). EU-OSHA activities on work-related diseases and their link to emerging risks at work.
- Schreck, I. (2023, 23 de março). Profissionais do SNS nunca faltaram tanto por doença. *Jornal de Notícias*. In:<https://www.publico.pt/2023/03/23/sociedade/noticia/profissionais-sns-faltaram-tanto-doenca-2043498>
- Shanafelt, T.D.; Balch, C.M.; Bechamps, G.J.; Russell, T.; Dyrbye, L.; Satele, D., et al. (2009). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg.* 250:463-471. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181ac4dfd>
- Shanafelt, T.; Oreskovich, M.R.; Dyrbye, L.N.; Satele, D.V.; Hanks, J.B.; Sloan, J.A.; et al. (2012). Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practices of US surgeons. *Ann Surg.* 255:625-33. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31824b2fa0>

- Silva Santos C.; & Moreira S. (2018). Organização dos Serviços de Saúde Ocupacional nos Hospitais. In: Coleções Diário de Bordo, editor. *Manual de Saúde Ocupacional em Hospitais*. Lisboa.
- Skagen, K., & Collins, A. M. (2016). The consequences of sickness presenteeism on health and Wellbeing over time: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 161, 169–177. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.005>
- Sousa, L. M. M. (2005). Presenteísmo: um perigo para o bem-estar dos enfermeiros e para a sua produtividade. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 4, 27-31
- Sousa, P. (2006). Sistemas de Saúde e a Segurança dos Doentes. *Nascer e Crescer*, 15(3), 163-167. <http://hdl.handle.net/10400.21/7827>
- Stange, K.C.; & Zyzanski, S.J. (1989). Integrating qualitative and quantitative research methods. *Fam Med* 21: 448-51.
- Sveiby, K. (2001). A Knowledge-Based Theory of The Firm to Guide Strategy Formulation. *Journal of Intellectual Capital*, 2 (4): 344–358. <https://doi.org/10.1108/14691930110409651>
- Tan, J.; Hart, P. (2015). Voluntary and involuntary absence: the influence of leadership, work environment, affect and group size. Preprint.
- Tavares, S. (2001). Vinculações dos indivíduos às organizações. Manual de psicossociologia das organizações. Lisboa: McGraw Hill, 307-333.
- Ticharwa, M., Cope, V., & Murray, M. (2019). Nurse absenteeism: An analysis of trends and perceptions of nurse unit managers. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 109–116. <https://doi.org/10.1111/jonm.12654>
- Triviños, A. N. S. (1987). Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais - A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas. ISBN 8522402736.
- Tumlinson, K., Gichane, M. W., Curtis, S. L., & Lemasters, K. (2019). Understanding healthcare Provider absenteeism in Kenya: A qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4435-0>
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. 39, 507-514. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>
- Zhou, Q., Martinez, L. F., Ferreira, A. I., & Rodrigues, P. (2016). Supervisor support, role ambiguity and productivity associated with presenteeism: A longitudinal study. *Journal of Business Research*, 69(9), 3380–3387. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.02.006>

- Wall, M.; Schenck-Gustafsson, K.; Minucci, D.; Sendén, M.G.; Løvseth, L.T.; & Fridner, A. (2014). Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden – a cross-sectional study. *BMC Psychol.*2:53. <https://doi.org/10.1186/s40359-014-0053-0>
- Wang, P. S., Beck, A., Berglund, P., Leutzinger, J. A., Pronk, N., Richling, D., Schenk, T. W., Simon, G., Stand, P., Ustun, T. B., & Kessler, R. C. (2003). Chronic medical conditions and work performance in health and work performance questionnaire calibration surveys. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 42, 1303-1311. <https://www.jstor.org/stable/44996932>
- Wright, P., McMahan, G. & McWilliams, A. (1994). Human Resources and Sustained Competitive Advantage: A Resource-Based Perspective. *International Journal of Human Resource Management*, 5: 301–326. <https://doi.org/10.1080/09585199400000020>
- World Health Organization. (2016). Global strategy on human resources for health: workforce 2030.
- World Health Organization. (2014). A universal truth: No health without a workforce. Geneva.
- World Health Organization. (2022). Health and care workforce in Europe: time to act.
- Zingales, L. (2000). In Search of New Foundations. *The Journal of Finance*, 55(4): 1623–1653. <https://doi.org/10.1111/0022-1082.00262>

ANEXO A - Caracterização sociodemográficas da amostra

	Entrevista1	Entrevista2	Entrevista3	Entrevista4	Entrevista5	Entrevista6
Idade	31	34	36	39	42	34
Gênero	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino
Primeiro emprego	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
Tempo na instituição	7	8	14	16	2	6
Função	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Médico	Técnico
	Entrevista7	Entrevista8	Entrevista9	Entrevista10	Entrevista11	Entrevista12
Idade	38	29	34	32	26	29
Gênero	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
Primeiro emprego	Não	Não	Não	Não	Sim na area de saúde	Sim
Tempo na instituição	16	4	6	4	3	3
Função	Enfermeiro	Auxiliar	Auxiliar	Enfermeiro	Auxiliar	Auxiliar
	Entrevista13	Entrevista14	Entrevista15	Entrevista16	Entrevista17	Entrevista18
Idade	36	35	45	29	36	50
Gênero	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino
Primeiro emprego	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
Tempo na instituição	7	8	1	2	1	28
Função	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Auxiliar	Enfermeiro
	Entrevista19	Entrevista20	Entrevista21	Entrevista22	Entrevista23	Entrevista24
Idade	35	29	74	27	50	30
Gênero	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino
Primeiro emprego	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Tempo na instituição	6	4	11	5	21	6
Função	Técnico	Técnico	Médico	Enfermeiro	Técnico	Técnico
	Entrevista25	Entrevista26	Entrevista27	Entrevista28	Entrevista29	Entrevista30
Idade	75	47	67	34	28	27
Gênero	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino
Primeiro emprego	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Tempo na instituição	44	22	15	1	4	4
Função	Médico	Técnico	Enfermeiro	Técnico	Técnico	Enfermeiro
	Entrevista31	Entrevista32				
Idade	42	75				
Gênero	Masculino	Feminino				
Primeiro emprego	Não	Não				
Tempo na instituição	8	30				
Função	Médico	Médico				

Anexo B – Guião de Entrevista

- **Título do estudo:** Relação entre colaborador-organização

1. Introdução

- Entrevistador apresenta-se:** Nome e mestrado. Estou interessada em compreender melhor como é que os colaboradores da área da saúde percebem/veem a sua relação com a organização em que trabalham.
- Objetivo da entrevista:** obrigada pelo seu tempo e por disponibilidade para participar na minha investigação. O objetivo desta entrevista é perceber a sua visão e opinião acerca do seu trabalho e da sua organização. Não há respostas certas ou erradas, só estou interessada no seu ponto de vista.
- Assegurar confidencialidade:** esta entrevista é confidencial. O seu nome e o nome da empresa não serão revelados em nenhuma situação.
- Permissão para gravar ou tirar notas:** (gravar é melhor e depois transcrever, tirar notas só em situações pontuais e perante algum impeditivo). Gostaria de ter a sua permissão para gravar a entrevista / tirar notas durante a entrevista.

*registar idade, género dos participantes, função

2. “Warm-up”

- Background do entrevistado** (career histories concept, Wiersma, 2001)
 - Primeiro emprego? Já trabalhou noutra organização?
 - Há quanto tempo trabalha nesta organização?
 - Porque se candidatou a esta organização?
 - Pode descrever o seu papel / trabalho aqui? *tentar perceber que cargo ocupa em termos de responsabilidade
 - Como descreve a sua relação com a organização?
 - Como se sente quando pensa e fala na organização para a qual trabalha? E quando os outros falam da sua organização?
- Background profissão**
 - Porque escolheu trabalhar no sector da saúde?
 - Como se sente quando pensa e fala na sua profissão? no trabalho que faz?

3. Questões centrais

- a. O que recebe da organização e o que dá em retorno?
- b. Pensa que existe um equilíbrio entre o que dá e recebe? Porquê?
- c. A sua organização preocupa-se consigo, com os seus interesses?
- d. Sente que a organização o/a (re)compensa pelo trabalho que faz?
- e. A sua organização espera que esteja sempre disponível para trabalhar sem pagar essas horas?
- f. Sente que tem segurança no / trabalho (que não será despedido a)? Porquê?
- g. Acha que a organização para a qual trabalha tira vantagem (aproveita-se) de si? Como? Será que poderia dar alguns exemplos?
 - i. Como é que se sente nestas situações?
 - ii. Fez alguma coisa em relação a isso? O quê?
- h. Considera que a organização se preocupa consigo e com o seu bem-estar e saúde? Porquê?
- i. Falando em bem-estar, vai trabalhar quando não se sente bem? Quando está adoentado/a? Se sim, porquê? Se não, como é que isso é visto pela organização?
- j. Quais considera serem as consequências de ir trabalhar quando a pessoa está doente?

4. “Cool-off”

- a. Como vê o seu futuro nesta organização?

5. Conclusão

- a. Agradecimento ao participante.

ANEXO C - Consentimento Informado

Caro participante,

O presente estudo realizado por Hegnar Suleyman, intitulado “Relação entre colaborador-organização”, faz parte do projeto de tese de mestrado em gestão de serviços de saúde sob orientação da Professora Doutora Sandra Costa, no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.

A presente entrevista será gravada para garantir a precisão e a integridade das informações. Caso concorde em participar, gostaria de solicitar a sua permissão para realizar a gravação ou tirar notas durante a entrevista.

A participação no estudo é estritamente voluntária: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é também anónima e confidencial. Os dados obtidos destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar.

Por favor, leia atentamente este documento e, se concordar em participar, assine abaixo:

Eu, _____

autorizo a investigadora Hegnar Suleyman a recolher dados para a sua investigação, pelo que aceito participar no estudo. Autorizo as gravações da entrevista e declaro que permito a sua utilização para o seu estudo.

Assinatura:

[Assinatura da Investigadora]

[Assinatura da Orientadora]

Anexo D – Dicionário de categorias e códigos

Tema	Exemplo	Códigos
Fatores individuais que levam ao presentismo	<p>“tenho logo um corte grande no ordenado e é algo que a gente não pretende quando o nosso salário já é tão curto” (E2) e “porque nos descontam do ordenado” (E6)</p> <p>“É do meu feitio. Deve dar o exemplo e quando uma pessoa tem a seu cargo muitos colaboradores e que alguns não são tão dedicados, quanto seria desejável, portanto, eu sempre trabalhei” (E3)</p> <p>“Venho porque sou uma pessoa forte, não posso falhar. Faz parte da minha educação” (E5)</p> <p>“quando olhamos para exemplos de absentismo muito elevado, eu não me revejo nesse perfil de trabalhador e, sem calhar, por não querer ser apontada dessa forma, acabava, então, por cometer este erro, como eu já disse, de ir trabalhar não nas minhas melhores condições.” (E7)</p> <p>“eu considero um compromisso algo muito, muito, muito importante” (E7)</p> <p>“não querer falhar” (E9)</p> <p>“estou aqui para ajudar as pessoas, eu tenho que fazer parte da solução, não do problema” (E11)</p> <p>“o sentido de responsabilidade diz-me que eu tenho que ir trabalhar” (E11)</p> <p>“preciso trabalhar” (E12)</p> <p>“não pensamos em nós, pensamos mais no trabalho e no serviço do que em nós próprios” (E13)</p> <p>“aquilo que descontam do ordenado” (E12)</p> <p>“espírito sacrifício” (E14)</p> <p>“na condição de doente crónica, tento ao máximo manter a minha vida ativa e vingar os compromissos!” (E16)</p> <p>“toma um brufen e vai trabalhar porque a gente precisa de dinheiro” (E17)</p> <p>“penso demasiado nos outros em vez de mim (...) os meus pais incutiram-me isso!” (E19)</p> <p>“para me sentir bem comigo próprio do que propriamente pelo respeito à instituição, porque como lhe expliquei, já fico perdendo esse respeito ao longo do tempo” (E22)</p> <p>“espírito de responsabilidade, em primeiro lugar, de ter aqui esse compromisso e tentar não faltar ao compromisso” (E23)</p> <p>“se não for trabalhar perco esse dinheiro” (E23)</p> <p>“Quero ganhar dinheiro. Continuo a ter contas para pagar, continuo a ter que ir trabalhar.” (E26)</p> <p>“os atestados e as baixas não são pagos na totalidade” (E26)</p> <p>“prejuízo pessoal em termos monetários” (E31)</p>	<p>Fatores psicológicos</p> <p>Fatores económicos</p> <p>Fatores sociais</p>

<p>“devido à cultura do nosso próprio país e, sobretudo, o que está muito enraizado na cultura da enfermagem. Porque a verdade é que achamos sempre que toleramos tudo e que vamos ser capazes de superar aquele momento menos bom, mesmo que seja uma dor física” (E7)</p>	
---	--

<p>Fatores organizacionais que levam ao presentismo</p>	<p>“eu sou assim, não consigo estar em casa parada sabendo que isso leva a uma falha para com os meus colegas” (E20)</p> <p>“faltando significa que os meus colegas vão ter mais carga de trabalho. Significa que em vez dos seis doentes vão ter nove. E isso para mim, prefiro vir um bocadinho mais doente, mas estar aqui para ajudar o que for preciso, do que os meus colegas ficarem com a subcarga de trabalho toda.” (E1)</p> <p>“não querer prejudicar os meus colegas”(E10)</p> <p>“somos uma equipa pequena e a minha falha implica um colega meu que está em casa ter que ir (...) porque alguém tem de ir” (E14)</p> <p>“sinto uma responsabilidade para os meus colegas não sofrerem tanto” (E24)</p> <p>“Na área em que trabalho, os utentes fazem preparações complicadas para colonoscopias e custa-me imenso estar a desiludi-los" (E5)</p> <p>“sinto um compromisso muito grande para com os meus doentes e que se eu não for, os meus colegas já estão tão sobrecarregados que não vão ter a capacidade de absorver também os meus doentes” (E6)</p> <p>“tento, pelo menos, fazer o mínimo para não falhar com os meus doentes e estes não terem que esperar mais 3 meses pelos exames de diagnostico, prejudicando a sua situação de saúde” (E6)</p> <p>“porque os doentes não têm culpa nenhuma, temos coisas combinadas, temos doentes preparados para operar, para fazer exames, em jejum, que faltaram também ao trabalho, que estão doentes, que precisam de ajuda” (E15)</p> <p>“trabalho com uma equipa, as minhas colegas são <i>super</i> empáticas com a minha situação e tentam sempre minimizar a carga durante os dias em que me veem assim” (E16)</p> <p>“sinto uma responsabilidade para os meus colegas não sofrerem tanto” (E24)</p> <p>“sinto que se eu não os render os colegas, eles vão ter que seguir turno”(E24)</p> <p>“a gente estava lá pelo bem-estar dos doentes. Se nós não fôssemos, era um doente ou dois que iam ser operados a menos e isso podia ser problemático para os doentes” (E25)</p> <p>“vou estar a sobrecarregar algum colega por minha causa” (E28)</p> <p>“Para não prejudicar os doentes” (E31)</p> <p>“Receio que, se faltar, que possa ser penalizada por parte da organização" (E5)</p> <p>“tenho receio de não arranjam outra pessoa para me conseguir substituir porque é difícil ter alguém apto e o colega que está a fazer o turno ter de seguir turno e ser prejudicado com isso” (E10)</p> <p>“existe pouca gente para me substituir e se eu não fizer a minha parte a minha equipa não consegue trabalhar” (E15)</p> <p>“porque vai haver alteração no trabalho com a minha falta, podendo sofrer represálias” (E23)</p>	<p>Clima e cultura organizacional</p> <p>Condições de trabalho</p> <p>Relação com os colegas</p> <p>Relação com o doente</p>
---	--	--

“trabalho num serviço de urgência e tenho responsabilidade de render os meus colegas visto que o trabalho é muito mesmo” (E24)

“o meu trabalho se vai atrasar e vou ter de ir fazer no outro dia, portanto, vai ser carga extra para o outro dia” (E28)

“além de sermos chamado de à razão, existem várias outras consequências que não serão as melhores” (E29)

“saber que se por acaso eu faltasse, havia uma equipe cirúrgica que não trabalhava e havia uns tantos doentes que não eram operados.” (E32)

“noção de responsabilidade para com a instituição” (E30)

“continuo a trabalhar, digamos que doente, porque sei que tenho uma equipa que me protege e que quando sabem que alguém está doente, o apoio a essa pessoa que está doente é redobrado. Temos uma equipa bastante unida e que estão todos sempre a olhar uns pelos outros. Acredito que se não tivesse esta equipa, muito provavelmente faltaria, porque sabia que não havia ninguém por trás a ajudar-me” (E1)

“não é correto ir trabalhar doente, mas não há muita flexibilidade por parte da instituição para não o fazer” (E10)

Consequências individuais do presentismo	<p>“em termos pessoais é um grande desgaste porque exige muito a nível físico, a nível psicológico (...) sinto-me cada vez mais cansada também por isso.” (E2)</p> <p>“falta de paciência para as pessoas (...) e quem acaba por sofrer diretamente com isso é o próprio doente. Mas, obviamente, o que vou fazendo por não os deixar afetar por isso” (E2)</p> <p>“implica, se calhar, em vez de demorar dois, três dias a recuperar, demore uma semana ou duas a ficar a 100% porque acabo de estar sempre a sobrecarregar mais o meu organismo e estou num hospital onde, à partida, há muitos outros vírus, etc.” (E6)</p> <p>“tolerância ao stress estará diminuída” (E9)</p> <p>“problemas a nível de segurança no trabalho e qualidade do trabalho que vamos prestar” (E15)</p> <p>“sintomatologia que me leva a sentir-me adoentada passa com o repouso. E quando eu estou a trabalhar, não estou em repouso. E portanto, há dias em que eu chego ao fim do dia e não me consigo mexer. E não consigo levar o carro para casa e não consigo nada. Portanto, é pior a emenda que o soneto” (E16)</p> <p>“falta de concentração, basicamente falta de mais cansaço, físico, psicológico, sem paciência, pachorra” (E19)</p> <p>“sobrecarregar mais o nosso organismo e o nosso bem-estar” (E25)</p> <p>“as consequências são muito más. Primeiro porque não estamos com uma saúde plena, provavelmente podemos cometer riscos. E estamos a falar de saúde. Estamos a falar de lidar com pessoas e comprometemos a nossa atividade e a saúde dos doentes” (E30)</p> <p>“há sempre prejuízo pessoal como consequência de trabalhar doente, de chegar mais cansado ao final do dia (...) e em vez de termos uma recuperação mais rápida, há sempre algum prejuízo a nível de saúde” (E31)</p>	<p>Deterioração da saúde e bem-estar do profissional</p> <p>Deterioração da qualidade do serviço prestado</p>
Consequências organizacionais do presentismo	<p>“não ter tanta concentração, o erro pode ser muito maior e, consequentemente, colocar em risco a vida do doente que temos à nossa frente.” (E1)</p> <p>“pode reduzir a minha atenção e resultar num erro” (E2)</p> <p>“não prestar os melhores cuidados de enfermagem possíveis (...) estar distraída, (...) dar medicação errada, a dose errada, podem ser consequências” (E10)</p> <p>“colocamos em risco os nossos colegas e o próprio utente e a disponibilidade não é a mesma, a concentração não é a mesma e às vezes uma falha de concentração nesta área pode ser muito prejudicial” (E11)</p> <p>“pode potenciar o risco de erro, pode potenciar o risco de negligência” (E13)</p> <p>“problemas a nível de segurança no trabalho e qualidade do trabalho que vamos prestar” (E15) “Cometer erros, não ter paciência para os doentes, disponibilidade mental ser zero, por aí” (E26)</p> <p>“existe maior tendência a erros como troca de exames, nomes de doentes, etc.” (E19)</p> <p>“numa área de grande estresse, como é a anestesia, o que pode suceder é que pode haver erro” (E21)</p>	<p>Redução do rendimento</p> <p>Redução da produtividade</p> <p>Consequências para a saúde e bem-estar dos colegas</p>

<p>“podemos estar a colocar em risco a vida dos doentes, sei lá, porque estamos cansados ou porque estamos distraídos” (E22)</p> <p>“estamos cansados, queremos ir embora, já não estamos bem a trabalhar. E podem existir erros. No diagnóstico, pode acontecer” (E24)</p> <p>“demorar mais tempo a desempenhar as tarefas ou, às vezes, estar com menos paciência (...) mas tento sempre não prejudicar ninguém e fazer as coisas, nem que faça mais devagar, mas que fazê-las. Sem riscos, tentar fazer o melhor que se consegue” (E5)</p> <p>“não podendo fazer tudo aquilo que faria se estivesse a 100%, tento, pelo menos, fazer o mínimo para não falhar com os meus doentes e estes não terem que esperar mais 3 meses pelos exames de diagnóstico, prejudicando a sua situação de saúde” (E6)</p> <p>“rapidez com que faço alguma tarefa (...) mas fica feito na mesma” (E8)</p> <p>“tanto física como mentalmente, não vou estar a 100%. Portanto, vou cometer erros, posso não conseguir reagir rapidamente em caso de uma emergência.” (E9)</p> <p>“não temos o mesmo rendimento, porque estamos doentes, estamos mais frágeis” (E17)</p> <p>“em contexto mesmo de bloco, a minha capacidade de resposta não vai ser a mesma do que se estivesse perfeitamente bem, isso é óbvio. Em contexto de urgência, numa sala de raio X, claramente até podia haver uma fratura e se calhar até vai passar despercebida” (E20)</p> <p>“a nossa disponibilidade para o outro e visto que nós trabalhamos diariamente com o outro e para o outro, a paciência deixa de ser a mesma, a nossa exigência com o nosso trabalho deixa de ser num grau tão elevado” (E20)</p> <p>“acho que a pessoa fica mais lenta de raciocínio e eventualmente até a fazer o trabalho” (E28)</p> <p>“não desempenhar a minha função com o rendimento e a produtividade necessárias” (E29)</p> <p>“caso tenha algo que possa ser contagioso, posso passar aos meus doentes” (E6)</p> <p>“Infetar colegas e doentes com algum vírus” (E9)</p> <p>“posso contaminar a outra pessoa,.. o doente.” (E10)</p> <p>“existe a questão do contágio” (E11)</p> <p>“pôr a saúde do outro em risco se formos trabalhar com uma gripe ou uma constipação” (E20)</p>	<p>Consequências para a saúde e bem-estar dos doentes</p>
--	---