

IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE DO PRESENTISMO EM
INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Joana Maria Rodrigues Borges

Dissertação de
Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador:
Prof. Doutor Aristides Ferreira - Prof. Auxiliar Convidado ISCTE Business School,
Departamento de Recursos Humanos

Dezembro de 2011

*Esta dissertação não foi escrita
ao abrigo do novo Acordo Ortográfico*

Agradecimentos

Agradeço a todo o corpo docente do INDEG/ISCTE e principalmente ao Professor Luís Martins e ao Professor Aristides Ferreira por me terem recebido e ajudado quando as dúvidas se tornaram mais teimosas que eu.

Agradeço ao Professor Adalberto Campos Fernandes por me ter levado a escolher o tema deste estudo.

Agradeço à Ana Rita Martins por ter estado sempre sentada ao meu lado em todo este caminho que termina com a realização desta dissertação.

Agradeço aos meus pais, irmão e tio por terem tido toda a paciência nos meus momentos de angústia.

Agradeço a todos os colaboradores do Instituto de Massagens Senra da Cunha por prontamente se disponibilizarem para me ajudar na concretização desta dissertação.

Agradeço aos Terapeutas Carlos Grilo, Margarida Salvador e Tatiana Correia por todo o companheirismo.

Agradeço ao Pedro pelas palavras de incentivo e pelos gestos de amor.

Resumo

Introdução: Considerando a importância do capital humano em saúde e tendo em conta o contexto actual de contenção da despesa no sector da saúde português, o despiste de situações de presentismo ("*estar no trabalho e ao mesmo tempo fora dele*", Hemp, 2004) em instituições de saúde, assume um papel fundamental.

Objectivo: Este estudo teve como objectivo analisar a presença de presentismo nos colaboradores de uma clínica privada de fisioterapia, assim como os principais problemas de saúde que estão na sua origem. Pretendeu-se também evidenciar a importância do capital humano na área da saúde e demonstrar como a presença de presentismo pode ter consequências nefastas, principalmente nas instituições de saúde.

Resultados: Participaram neste estudo os colaboradores do IMSC (n = 30) que responderam aos itens da escala SPS-6 e enumeraram os principais problemas de saúde que apresentam no local de trabalho. Quando comparados os valores da escala SPS-6 do IMSC com valores de estudos similares, verifica-se a presença de presentismo entre os colaboradores, sendo a dimensão "distracção evitada" a que obteve valores mais baixos.

Conclusão: O presentismo é um conceito complexo e emergente na literatura organizacional. 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.

Palavras chave: Presentismo, Instituições de Saúde, SPS-6, Produtividade

Abstract

Introduction: Considering the importance of human health and taking into account the context of containment of expenditure in the portuguese health sector, the diagnosis of situations of presenteeism ("*being at work but out of it*", Hemp, 2004) in health institutions, plays a key role.

Objective: This study aimed to analyze the presence of presenteeism in employees of a private practice of physical therapy as well as the main health problems that are behind this phenomenon. It is also intended to highlight the importance of human capital in health care and demonstrate how the presence of presenteeism can have harmful consequences, especially in health institutions.

Results: In this study, the private practice employees (n = 30) responded to items on the SPS-6 scale and listed the main health problems that they present in the workplace. Comparing the scores of the SPS-6 scale of the private practice with the scores from similar studies, it can be conclude that the employees of the private practice suffer from presenteeism, and the dimension "avoiding distraction" has the lower scores.

Conclusion: Presenteeism is a complex concept that is emerging in the organizational literature. The analysis of the causes of this phenomenon, as well as the seek for solutions, may prove a competitive advantage for health institutions.

Keywords: Presenteeism, Health Care Institutions, SPS-6, Productivity

Sumário Executivo

Este estudo teve como objectivo analisar a presença de presentismo em profissionais de saúde e enumerar os principais problemas físicos e psicossomáticos que estão na sua origem. Pretendeu-se também demonstrar a importância do capital humano na área da saúde e demonstrar como a presença de presentismo pode ter consequências nefastas, principalmente nas instituições de saúde.

O presentismo é um conceito emergente na literatura organizacional (John, 2010), apesar de abordar um dos principais motivos das flutuações de produtividade individual no trabalho. O termo presentismo é utilizado para classificar a experiência que Hemp (2004, p 1) define como: “*estar no trabalho e ao mesmo tempo fora dele*” devido a condições deste tipo.

O presentismo limita a produtividade não só em termos de quantidade de trabalho, mas também em termos de qualidade do trabalho produzido (Hemp, 2004).

A quebra de qualidade pode resultar num aumento de falhas humanas e erros, enquanto que a quebra da produtividade traduz-se na incapacidade de desempenhar as tarefas de rotina associadas ao posto de trabalho.

O motivo da pertinência do estudo prende-se com o facto de as investigações de presentismo em instituições de saúde serem insípidas, e também porque diversos estudos revelam que os profissionais da área da saúde são as principais vítimas de presentismo, apresentando por isso maior probabilidade de diminuir a sua produtividade e de cometer erros.

Método

O estudo foi realizado numa clínica privada de fisioterapia do concelho de Sintra, por uma questão de conveniência e por se considerar representativa enquanto clínica privada que presta cuidados a utentes do SNS.

Foram inquiridos todos os 30 colaboradores da instituição por intermédio de um questionário onde figuravam questões do foro socioprofissional e também os seis itens da escala SPS-6.

Posteriormente caracterizou-se a população, analisaram-se os dados recolhidos no questionário relativamente à prevalência de problemas de saúde e apuraram-se as pontuações globais da escala SPS-6. Por último, procedeu-se à análise de possíveis associações entre as variáveis (idade, horas diárias de trabalho, sexo e profissão) e as pontuações médias da escala de presentismo.

Resultados e Conclusões

Relativamente aos problemas de saúde mais frequentes, os colaboradores enunciaram as raquialgias (dores de costas), o stress e as infecções respiratórias como os problemas de maior prevalência.

Concluiu-se que os colaboradores desta clínica que apresentaram stress, manifestaram os valores mais baixos na escala de SPS-6 e na dimensão "distracção evitada". Também a ansiedade e as raquialgias levaram a valores mais baixos de SPS-6 e de "distracção evitada". Importa referir que, apesar da depressão não ser sido muito prevalente (afectou apenas 13.3% dos colaboradores), foi o problema de saúde que mais afectou a dimensão "distracção evitada".

Constatou-se a existência de presentismo na instituição em análise (comparativamente com os valores da escala de SPS-6 obtidos noutros estudos), sendo a dimensão "distracção evitada" a que menores valores apresentou. Existiu assim nesta instituição, para além de uma diminuição na produtividade, grande probabilidade de ocorrência de erros e falhas humanas uma vez que, os colaboradores realizaram as suas funções com menor capacidade de concentração.

Foram observados diferentes valores de presentismo entre os diferentes profissionais (médicos e terapeutas valores mais elevados escala SPS-6, gerente e auxiliares valores mais baixos) o que evidenciou uma possível associação entre o tipo de funções (profissão) e a prevalência de presentismo. No entanto, não existiram

relações estatisticamente significativas entre as profissões e pontuações da escala de SPS-6 e dimensão "distracção evitada". Somente a dimensão "trabalho completado" apresentou uma relação estatisticamente significativa com os diferentes tipos de profissão.

Também não foram descobertas correlações significativas entre as horas diárias de trabalho e as pontuações médias da escala SPS-6, apenas se percebeu que os trabalhadores que trabalharam 8 horas diárias apresentaram menores níveis de concentração. Entre o género, idade e os valores da escala de SPS-6, igualmente não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

Observou-se que trabalhadores com as mesmas funções e com o mesmo padrão de problemas de saúde apresentaram diferentes valores de presentismo, o que pressupõe que os problemas de saúde não afectam todos os trabalhadores da mesma maneira, como defendem Martinez, Ferreira, Sousa e Cunha, (2007), existindo assim uma possível interacção entre outros factores (*e.g.* factores organizacionais e pessoais) susceptível de influenciar a presença de presentismo (Johns, 2010).

Em suma, a análise das diferentes causas de presentismo (pessoais, organizacionais e sociais), o estudo do impacto dessas causas na produtividade das instituições de saúde e o estabelecimento de políticas de recursos humanos com o intuito de implementar soluções, devem ser questões a estudar por forma a sensibilizar os administradores de topo para a prevenção do fenómeno presentismo.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo.....	iv
Abstract	v
Sumário Executivo.....	vi
Índice.....	9
Lista de Ilustrações.....	11
Lista de Tabelas	11
Lista de Acrónimos	12
Capítulo 1 - Introdução	13
Capítulo 2 - Fundamentação Teórica	16
I. Instituições de Saúde.....	16
II. As Mudanças nos Cuidados de Saúde Portugueses	17
III. Novos desafios em Saúde	18
IV. Importância Capital Humano em Saúde.....	19
V. Tipo Estrutura das Instituições de Saúde	20
VI. O erro em saúde.....	24
VII. O Fenómeno Presentismo.....	26
VIII. Presentismo vs Absentismo	29
IX. Estudos Presentismo - Custos vs Soluções.....	32
X. Escala de Avaliação Prevalência de Presentismo.....	35
XI. Presentismo nas Instituições de Saúde.....	38
XII. Instituto de Massagens Senra da Cunha - IMSC.....	41
Capítulo 3 - Metodologia.....	45
I. Tipo de Estudo.....	45
II. Problema	45
III. Objectivo Geral	45
IV. Objectivos Específicos	46
V. Sujeitos.....	46
VI. Procedimento	46

VII.	Instrumentos	47
VIII.	Análise de dados	47
IX.	Análise estatística.....	48
Capítulo 4 - Apresentação de Resultados		49
Capítulo 4 - Discussão dos Resultados e Conclusões		61
Capítulo 5 - Limitações do Estudo.....		69
Capítulo 6 - Proposta de Investigações Futuras.....		71
Bibliografia		72
Anexos.....		74

Lista de Ilustrações

Ilustração I - Esquema geral da Estrutura Organizacional segundo Mintzberg (1995)

Ilustração II - Os custos escondidos do presentismo - empresa *Bank One* (2000)

Ilustração III - Organograma IMSC: Estrutura Profissional segundo Mintzberg (1995)

Lista de Tabelas

Tabela I - Prevalência de problemas de saúde, perdas de produtividade e custos anuais - Estudo *Lockheed Martin* (2002)

Tabela II - Itens Escala SPS-6

Tabela III - Pontuações médias da escala SPS-6, da dimensão DE e TC por problemas de saúde com maior prevalência

Tabela IV - Pontuações Itens SPS-6 (estudo realizado em enfermeiras de um hospital público de Lisboa)

Tabela V - Pontuações globais SPS-6 dos enfermeiros de um hospital público em Lisboa

Tabela VI - Profissão * Sexo

Tabela VII - Profissão * Idade

Tabela VIII - Profissão * Horas diárias de trabalho

Tabela IX - Prevalência problemas de saúde no IMSC

Tabela X - Prevalência de problemas de saúde no IMSC por grupo profissional

Tabela XI - Pontuações itens Escala SPS-6

Tabela XII - Pontuações médias SPS-6, DE e TC do IMSC

Tabela XIII - Pontuações médias SPS-6, DE e TC por profissão

Tabela XIV - *Analysis of Variance* - ANOVA

Tabela XV - Pontuações médias SPS-6, DE e TC por problema de saúde mais prevalente

Tabela XVI - Pontuações médias SPS-6, DE e TC por idade

Tabela XVII - Pontuações médias SPS-6, DE e TC por sexo

Tabela XVIII - Pontuações médias SPS-6, DE e TC por horas diárias de trabalho

Tabela XIX - Correlações entre as variáveis SPS-6, DE, TC, idade e horas diárias de trabalho

Lista de Acrónimos

ANOVA - *Analysis of Variance*

AD - Administrativos

CH - Capital Humano

DE - Distracção Evitada

EPE - Entidades Públicas Empresariais

EUA - Estados Unidos da América

FT - Fisioterapeutas

G - Gerente

GCH - Gestão do Capital Humano

IMSC - Instituto de Massagens Senra da Cunha

LBS - Lei de Bases da Saúde

MF - Médicos Fisiatras

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

RH - Recursos Humanos

RJGH - Regime Jurídico da Gestão Hospitalar

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SA - Sociedade Anónima

SPS-6 - *Stanford Presenteeism Scale*

TC - Trabalho Completado

TF - Terapeutas da Fala

TMR - Técnicas Auxiliares de Massagem e Reabilitação

TO - Terapeutas Ocupacionais

WLQ - *Work Limitations Questionnaire*

WBA-P - *Well-Being Assessment for Productivity*

Capítulo 1 - Introdução

A investigação em gestão tem sofrido diversas mudanças depois de ter passado quase duas décadas a tratar os elementos e processos que constituem uma organização, como abstracções. Recentemente, têm aparecido vários estudos que tratam os produtos como objectos físicos, o conhecimento como uma actividade material e os colaboradores como seres humanos (Martinez, Ferreira, Sousa e Cunha, 2007). Este estudo insere-se nesta última corrente de investigação, onde o **capital humano** assume um papel de destaque.

O conceito de capital humano prende-se com o valor acrescentado que as pessoas dão às organizações. Assim, aplicar a teoria do capital humano e ver o trabalhador como um activo, salienta que o investimento nas pessoas gera retornos proveitosos (Baron e Armstrong, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), para garantir a sustentabilidade do sector da saúde é necessária uma maior **eficiência na prestação de cuidados de saúde**, traduzida numa menor despesa e menor taxa de crescimento da despesa pública em saúde (evitando situações de **desperdício** e de **erros**). A mesma fonte defende, como factor para a sustentabilidade, a gestão estratégica dos recursos humanos da saúde.

Com efeito, **os recursos humanos** revelam-se, actualmente, uma área crítica, sendo de notar que sem profissionais efectivos, empenhados e motivados será pouco provável que uma reforma de saúde alcance o sucesso (Soares, 2011).

Considerando a importância dos profissionais das instituições de saúde e tendo em conta o contexto actual de contenção da despesa no sector da saúde, o despiste de situações de presentismo que, segundo estudos de empresas norte-americanas, implicam custos para as instituições superiores ao absentismo, pode revelar-se uma vantagem competitiva a nível empresarial.

O **presentismo** é um conceito emergente na literatura organizacional (John, 2010), apesar de abordar um dos principais motivos das flutuações de produtividade

individual no trabalho. O termo presentismo é utilizado para classificar a experiência que Hemp (2004, p 1) define como: “*estar no trabalho e ao mesmo tempo fora dele*” devido a condições deste tipo.

Existem vários factores que afectam a relação entre, de um lado, sintomas patológicos e psicossomáticos e, de outro, o presentismo. A **profissão** é um deles. São várias as profissões abrangidas pelo presentismo, sendo que as taxas mais elevadas parecem residir em sectores relacionados com a **saúde** ou a educação (Ferreira, Martinez, Sousa e Cunha, 2010).

O presentismo limita a produtividade não só em termos de **quantidade** de trabalho, mas também em termos de **qualidade** do trabalho produzido (Hemp, 2004).

A quebra de qualidade pode resultar num aumento de falhas humanas e erros, enquanto que a quebra de quantidade traduz-se na incapacidade de desempenhar as tarefas de rotina associadas ao posto de trabalho, podendo ainda resultar em elevadas taxas de abandono por doença, que justificam alguma inter-correlação entre presentismo e **absentismo** (Martinez, Ferreira, Sousa e Cunha, 2007). Contudo, o presentismo é uma realidade que acarreta mais custos para as empresas e para a economia de um país do que o absentismo (Pedro, 2007).

A **avaliação da presença de presentismo** nas instituições de saúde, através da aplicação de escalas validadas é um passo fundamental para uma atitude proactiva na diminuição de despesa e aumento de eficiência na prestação de cuidados de saúde.

Por ser umas das escalas mais utilizadas para avaliação de presentismo, e por estar traduzida e validada para português, a escala *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6) será utilizada como instrumento de medida neste estudo. A escala de SPS-6 é constituída por seis afirmações (itens) ancoradas numa escala do tipo-Likert com cinco modalidades de resposta (de 1 – discordo totalmente, a 5 – concordo totalmente).

A escala SPS-6 vai ser utilizada junto aos colaboradores do Instituto de Massagens Senra da Cunha (IMSC) - instituição de saúde privada que presta serviços aos utentes do SNS -, clínica de fisioterapia localizada no concelho de Sintra.

Como foi referido por Pereira (2009), as **instituições de saúde** são um exemplo típico de uma **burocracia profissional**. O IMSC não é excepção uma vez que, o centro operacional é constituído por profissionais altamente especializados/qualificados, com autonomia para controlar o seu próprio trabalho, sendo por isso responsáveis pelas acções que desencadeiam. Existe vértice estratégico (gerente-G), mas o centro operacional (médicos fisiatras-MF, fisioterapeutas-FT, terapeutas ocupacionais-TO, terapeutas da fala-TF) é que detém os conhecimentos para que os desígnios do vértice estratégico sejam alcançados. Existe centro logístico (técnicos auxiliares de massagem de reabilitação-TMR, administrativos-AD) que têm como função facilitar o trabalho realizado pelo centro operacional.

Após distribuição e recolha dos questionários pelos colaboradores do IMSC, vai ser realizado um estudo descritivo com o objectivo central de caracterizar o estado actual da presença de presentismo no IMSC, procurando, por intermédio de cruzamento de dados, averiguar a associação de duas ou mais variáveis (*e.g.* idade, profissão, sexo, horas diárias de trabalho, pontuações escala SPS-6) e em que medida estão relacionadas (coeficientes de correlação).

O motivo da pertinência do estudo prende-se com o facto de as investigações de presentismo em instituições de saúde serem insípidas, e também porque diversos estudos revelam que os profissionais de saúde são as principais vítimas de presentismo, apresentando por isso maior probabilidade de cometer erros. Sabendo ainda, que o panorama económico-financeiro actual impõe a adopção de políticas de contenção de despesa no sector da saúde e que a presença de presentismo acarreta custos para as empresas superiores aos custos do absentismo, torna mais relevante a necessidade desta investigação.

Assim, neste estudo, vai-se analisar se os colaboradores de uma instituição de saúde (IMSC) são afectados por problemas de saúde enquanto trabalham e demonstrar se há existência de alterações no nível de desempenho das suas funções, desencadeando situações de presentismo e conseqüente diminuição de performance (menor produtividade, menor concentração e aumento do número de falhas humanas).

Capítulo 2 - Fundamentação Teórica

A fundamentação teórica consiste numa revisão da literatura onde, numa primeira fase se descrevem os cuidados de saúde portugueses, a sua evolução e os novos desafios.

Numa segunda fase explica-se a importância do capital humano nas instituições de saúde, assim como o papel fundamental das políticas de recursos humanos na prevenção de doença e promoção da saúde. É também dada ênfase à importância da compreensão da estrutura organizacional com vista ao sucesso na implementação de políticas de saúde no seio do capital humano.

Por último explora-se o conceito presentismo, as principais escalas de avaliação prevalência de presentismo, assim como as características do Instituto de Massagens Senra da Cunha, clínica de saúde alvo de análise do fenómeno presentismo constante nesta dissertação.

I. Instituições de Saúde

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) a **saúde** é um estado completo de bem-estar físico, mental, social e espiritual, pelo que se trata de um bem peculiar, essencial da vida humana e que deve ser perenemente promovido (Rego e Nunes, 2010).

Para a OMS as instituições de saúde são parte integrante de organizações médicas e sociais, cuja missão consiste em proporcionar às populações uma assistência completa tanto curativa como preventiva, e, cujos serviços externos irradiam até o ambiente familiar (Rego e Nunes, 2010).

Estas instituições, para além de desempenharem um importante papel no contexto em que estão inseridas, têm também a responsabilidade perante a tutela de **promoção, protecção da saúde e prevenção da doença**. Por outro lado, as instituições de saúde, grandes consumidoras de recursos (humanos, capital, tecnologia e conhecimento), são as organizações que mais sofrem com as pressões de mudança que ocorrem, quer do lado da procura, quer da oferta de cuidados (Ministério da Saúde, 2011).

II. As Mudanças nos Cuidados de Saúde Portugueses

Em 1971 deu-se início à reforma do sistema de saúde, à modernização da economia e da sociedade portuguesa. A partir de 1974, criaram-se as condições políticas para a adopção, em 1979, de um verdadeiro **Serviço Nacional de Saúde** (SNS), no ano seguinte os hospitais das misericórdias são nacionalizados e, em 1984, integram-se os centros de saúde com os postos médicos dos Serviços Médico-Sociais.

Portugal integra a Comunidade Económica Europeia, em 1986, iniciando-se um ciclo de crescimento económico e confirmando-se, no ano seguinte, a autonomia administrativa e financeira dos hospitais do SNS. Com a revisão da Constituição (1989) é alterado o princípio dos serviços de cuidados de saúde gratuitos, o SNS é financiado pelo Orçamento Geral do Estado e o acesso aos hospitais e cuidados de saúde primários é tendencialmente gratuito, exigindo-se, em alguns casos, o pagamento de uma taxa moderadora (Ministério da Saúde, 2011).

Em 1990, é aprovada a Lei de Bases da Saúde (LBS) e, entre 1996 e 2002, o projecto de reforma "Serviço Nacional de Saúde XXI" veio reconhecer, entre outros, a criação de novos mecanismos de orientação estratégica e responsabilização.

Em 1999, decorre a implementação do modelo de acção de redes de hospitais de referência e, em 2002, é alterado o estatuto jurídico dos hospitais públicos que passam a Sociedades Anónimas (SA) de capitais exclusivamente públicos. Desde 2002, assiste-se também à inclusão do sector privado na rede prestadora, através da adopção de modelos de parcerias público-privadas e constituição de linhas de financiamento, verificando-se, ainda, um incremento do *outsourcing* nos serviços públicos. Através da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, é aprovado o novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (RJGH) onde é alterada a LBS. O novo RJGH introduziu o conceito de rede de prestação de cuidados de saúde que abrange os **estabelecimentos do SNS, os estabelecimentos privados que prestem cuidados aos utentes do SNS e outros serviços de saúde**, nos termos dos contratos celebrados, incluindo os profissionais em regime liberal com quem sejam celebradas convenções.

O modelo alternativo aos hospitais do sector público administrativo passou a ser de SA.

Em 2005, após três anos de modelo de gestão SA, foi adoptado um novo modelo que procedeu à transformação dos 31 hospitais SA em Entidades Públicas Empresariais (EPE).

Dando continuidade ao processo de empresarialização das unidades hospitalares integradas no SNS, foram sendo sucessivamente constituídos sob a forma de EPE diversos hospitais e, simultaneamente, assistimos ainda à constituição de diversos centros hospitalares, modelo que procura melhorar a capacidade de resposta, otimizando serviços, através de uma gestão integrada das várias unidades hospitalares (Ministério da Saúde, 2011).

III. Novos desafios em Saúde

A maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) debate-se, actualmente, com um problema de **insuficiência de recursos para a saúde**, por força do crescimento das despesas a um ritmo, significativamente superior ao do crescimento da riqueza dos vários países, muito associado ao envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e às inovações tecnológicas.

Em Portugal, a despesa com a saúde face ao Produto Interno Bruto (PIB) cresceu ao longo dos anos de 2,5% em 1970 a 8,8% em 2000 e, segundo os últimos dados da OCDE, representam, em 2006 cerca de 9,9% do PIB, valor acima da média dos países desta organização que, em 2007 se situava nos 9% (Ministério da Saúde, 2011).

O **contexto económico-financeiro** actual (crise económica) e a consequente necessidade de equilíbrio orçamental implicam a introdução de medidas de controlo da despesa pública, visando uma redução do défice do Estado, com necessárias implicações na área da saúde, nomeadamente, na contenção da despesa corrente do sector.

Em diversos países, como a Alemanha e a França, adoptam-se planos de racionalização dos custos com os respectivos sistemas de saúde. Em Portugal, verifica-se igualmente o lançamento de iniciativas legislativas, com o objectivo de controlar os custos globais do SNS.

Segundo o Ministério da Saúde (2011), para garantir a sustentabilidade do sector da saúde é necessária uma maior **eficiência na prestação de cuidados de saúde**,

traduzida numa menor despesa e menor taxa de crescimento da despesa pública em saúde (evitando situações de **desperdício** e de **erros**). A mesma fonte defende, como factor para a sustentabilidade, a gestão estratégica dos recursos humanos da saúde.

Com efeito, **os recursos humanos (RH)** revelam-se, actualmente, uma área crítica, sendo de notar que sem profissionais efectivos, empenhados e motivados será pouco provável que uma reforma de saúde alcance o sucesso (Soares, 2011). De facto, urge a necessidade de aumentar a eficiência no desempenho dos RH na área da saúde, porque para além da necessária contenção decorrente do contexto económico-financeiro actual, os custos com os RH em saúde assumem-se como uma das maiores parcelas de despesa nas instituições de saúde (instituições do SNS, instituições privadas que prestam cuidados aos utentes do SNS, instituições privadas de saúde).

IV. Importância Capital Humano em Saúde

Segundo *Michael O'Donnell*, editor do *American Journal of Health Promotion*, a maior parte das empresas gasta mais nos tapetes do que em quem os pisa (Soares, 2011). Esta frase é célebre pela sua mensagem e encerra um conteúdo muito importante: os líderes das empresas preocupam-se mais frequentemente com as condições materiais da empresa do que com as pessoas (Soares, 2011). Ou seja, para todos os gestores/administradores é consensual que para ser produtivo o trabalhador tem que se sentir bem com o seu corpo, tem que ter saúde, estar mentalmente focado, emocionalmente envolvido e alinhado com a missão e estratégia da empresa.

A este propósito, existe hoje claramente descrita uma nova forma de diminuição da produtividade. Conhecia-se já o absentismo, fala-se agora de **presentismo** - termo usado para descrever os trabalhadores que estão fisicamente no local de trabalho, mas diminuem a sua produtividade devido a problemas fisiológicos e psicossomáticos (Cooper e Dewe, 2008).

O presentismo é uma realidade em todos os sectores de actividade, apesar da sua maior prevalência nos sectores da educação e da **saúde** (Ferreira, Martinez, Sousa e Cunha, 2010).

Neste contexto, a **Gestão do Capital Humano (GCH)** nas **instituições de saúde** tem um papel fulcral no diagnóstico do presentismo uma vez que, segundo (Baron e

Armstrong, 2007), a GCH é um esforço integrado que procura gerir e desenvolver as aptidões humanas de modo a obter níveis de desempenho e performance mais elevados. O objectivo primordial será promover o desenvolvimento total do potencial humano para que este se transforme em valor organizacional.

O conceito de capital humano prende-se com o valor acrescentado que as pessoas dão às organizações. Assim, aplicar a teoria do capital humano e ver o trabalhador como um activo, salienta que o investimento nas pessoas gera retornos proveitosos. A relevância do activo humano explica a importância de **medir** o seu valor, de modo a avaliar até que ponto está a ser bem aproveitado e determinar o que é necessário fazer para geri-lo com mais eficácia (Baron e Armstrong, 2007).

A medição do capital humano foi definida, segundo Baron e Armstrong (2007), como algo que tem a ver com encontrar ligações, correlações e, idealmente, relações de causalidade entre diferentes conjuntos de dados, utilizando técnicas estatísticas.

Assim, a **GCH nas instituições de saúde** oferece a oportunidade de fazer análises, formular e executar **políticas** com base em factos, sustentadas por uma justificação financeira alicerçada em dados concretos e fiáveis. Deste modo, através de avaliações e medições contínuas e, considerando que os gestores estão em parte condicionados a trabalhar com números, aumenta-se a possibilidade de sensibilizar as administrações das instituições de saúde para a implementação de políticas de RH, que avaliem o estado de saúde física e psicológica dos profissionais das instituições de saúde e a influência da presença de problemas de saúde na produtividade dos mesmos.

V. Tipo Estrutura das Instituições de Saúde

Para implementar quaisquer políticas de RH numa instituição de saúde, segundo Sousa (2009), deve-se primeiramente, conhecer o tipo de estrutura organizacional em geral e da instituições de saúde em particular. Para este autor, só assim as políticas de RH podem ser efectivamente úteis.

Mintzberg (1995) considera que uma organização moderna se compõe por cinco **componentes básicas**, que apresenta de forma esquemática (Ilustração I):

1. O centro operacional, no qual os operacionais executam o trabalho básico da organização, desempenhando quatro tarefas essenciais: procurar o que é

necessário para a produção, transformar os *inputs* em *outputs*, distribuir os *outputs* e oferecer apoio directo às funções de transformação de *inputs* em *outputs*. Nas instituições de saúde, este centro está representado pelos médicos, enfermeiros, terapeutas, entre outros.

2. O vértice estratégico, representado pelo topo da hierarquia, representado pela administração e quadros dirigentes com responsabilidades globais, que têm por missão assegurar que a organização cumpra eficazmente a sua missão;
3. A linha hierárquica, que liga o topo estratégico ao centro operacional, constituída pelos dirigentes intermédios que detêm autoridade formal;
4. A tecnoestrutura, que se situa à esquerda da linha hierárquica, composta pelos analistas que estandardizam e regulamentam o trabalho, e que aplicam as técnicas analíticas que permitem que a organização se adapte ao seu ambiente, estando afastados do fluxo de trabalho operacional;
5. O apoio logístico, representado à direita da linha hierárquica e que apoiam indirectamente o funcionamento do centro operacional;



Ilustração I - Esquema geral da Estrutura Organizacional segundo Mintzberg (1995)

Mintzberg (1995), identificou como suficientes cinco **mecanismos de coordenação** das organizações, para explicar as maneiras fundamentais pelas quais as organizações coordenam o seu trabalho, servindo de cola aglutinadora das diferentes partes da organização: ajustamento mútuo, supervisão directa, estandardização dos processos de trabalho, estandardização dos resultados e estandardização das qualificações dos trabalhadores.

1. No ajustamento mútuo a coordenação realiza-se pelo simples processo da comunicação informal, sendo característico das organizações mais simples.

2. A supervisão directa é o mecanismo de coordenação pelo qual um indivíduo é directamente responsável pelo trabalho dos outros.
3. O nível seguinte faz uso da estandardização como forma de coordenação, sendo que os trabalhadores se organizam com base no conhecimento prévio de padrões pré-determinados.
4. A estandardização pode ser ao nível dos processos de trabalho, ao nível dos resultados ou do conhecimento (qualificações). O exemplo clássico da estandardização ao nível dos processos de trabalho é o das linhas de montagem da indústria. A estandardização a este nível está concentrada nos resultados alcançados, sendo um exemplo as equipas de vendas.
5. Finalmente, segundo o mesmo autor, existem organizações em que a **estandardização se baseia nas qualificações**, muitas vezes adquiridas previamente e fora da organização, como é o exemplo dos profissionais de saúde integrados nas instituições de saúde.

Segundo Mintzberg (1995), as organizações criam dentro de si **forças de conflito** em parte exercidas entre os vários componentes bases da organização.

O vértice estratégico exerce uma força centrípeta no sentido da centralização e controlo das decisões. A linha hierárquica tenta retirar poder ao topo estratégico e relevância ao centro operacional, tendendo para a “balcanização”. A tecnoestrutura pressiona no sentido da estandardização. Os profissionais do centro operacional exercem pressão no sentido da profissionalização. O apoio logístico exerce a sua influência através da colaboração, em particular com o centro operacional.

Com base nestas forças Mintzberg (1995), descreve as quatro possíveis **configurações estruturais** que as organizações podem adquirir:

1. A estrutura simples, que tem como principal mecanismo de coordenação a supervisão directa e que tem como ponto chave da organização o vértice estratégico. Trata-se de uma estrutura pouco elaborada, sem tecnoestrutura definida, com comportamentos pouco formalizados e praticamente sem mecanismos de ligação. A comunicação do topo hierárquico para os restantes membros é sobretudo informal.

2. A burocracia mecanicista tem como principal mecanismo de coordenação a estandardização dos processos de trabalho e como parte chave da organização a tecnoestrutura. Caracterizam-se pelo trabalho operacional ser rotineiro e baseado em processos de trabalho muito estandardizados. A tomada de decisões segue as linhas formais da hierarquia sendo que a comunicação dentro da organização é muito formalizada, proliferando as regras e os regulamentos. Domina uma obsessão pelo controlo e por eliminar a incerteza. Nesta estrutura, são acentuadas as diferenças entre os vários níveis hierárquicos, com grande poder do topo estratégico e com uma divisão do trabalho marcadamente evidente.
3. A **burocracia profissional** tem como principal mecanismo de coordenação a estandardização de qualificações e como componente chave da organização o centro operacional. Esta é a configuração estrutural típica das **instituições de saúde** - instituições do SNS, instituições privadas que prestam cuidados aos utentes do SNS e instituições privadas (Pereira, 2009). O trabalho operacional é complexo e estável, baseado nas competências e conhecimentos estandardizados dos seus profissionais. Habitualmente os profissionais são recrutados já formados o que lhes permite executarem o seu trabalho de forma relativamente independente dos seus colegas, concedendo-lhes uma importante autonomia e com proximidade aos clientes que servem. As normas vigentes são adquiridas aquando da formação e posteriormente através das associações profissionais, sendo que, ao contrario da burocracia mecanicista, a tecnoestrutura pouco interfere no centro operacional. A autonomia profissional é elevada, e é o poder da competência que predomina. O centro operacional é a componente mais importante da organização, sendo que alguns autores descrevem este tipo de organização como “pirâmide invertida”, considerando que os profissionais se situam no topo da organização e que os administradores têm funções de facilitar o seu trabalho. O centro logístico também se encontra razoavelmente desenvolvido tendo como missão apoiar o centro operacional.
4. Na adhocracia, o principal mecanismo de coordenação é o ajustamento mútuo e o componente chave de organização é a linha hierárquica. Esta configuração estrutural adapta-se aos casos em que há necessidade de inovação sofisticada, como é o exemplo das agencias espaciais. Trata-se de uma estrutura com elevada especialização horizontal, baseada na formação e com tendência para a formação de pequenas equipas ou unidades. O principio de coordenação, no

interior das equipas, é o ajustamento mútuo. A standardização é mínima, pois inovar significa fugir às rotinas pré-estabelecidas. Ao contrário da burocracia profissional, a adhocracia não se alicerça nas qualificações standardizadas dos seus membros, mas antes tira partido da multidisciplinaridade, num ambiente complexo e dinâmico para obter inovação.

Como foi referido por Pereira (2009), as **instituições de saúde** são um exemplo típico de uma **burocracia profissional**.

Considerando a **saúde** como um estado completo de bem-estar físico, mental e social (Rego e Nunes, 2010), cabe aos profissionais de saúde (centro operacional) promover a saúde, prevenir situações de ausência de saúde e tratar e curar situações de doença. Aos outros profissionais do ramo da saúde como os gestores/administradores (vértice estratégico) e administrativos (centro logístico), compete-lhes facilitar e apoiar o trabalho dos profissionais de saúde.

A diminuição de performance dos profissionais no ramo da saúde (*e.g.* centro operacional, vértice estratégico e centro logístico) por problemas fisiológicos e psicossomáticos é um quadro muito prejudicial para as instituições porque, para além de ser difícil de detectar, estas instituições sofrem com a diminuição de performance e podem ainda ser oneradas com custos inerentes ao aumento do número de **erros**.

VI. O erro em saúde

O **erro** resulta da limitação física e psíquica do homem. Emerge da incapacidade de gestão dos factos inesperados que surgem na actividade humana e perturbam o desenvolvimento normal do sistema de produção sem que a capacidade do sistema técnico seja capaz de assegurar a auto-regulação (Silva, 2009).

No que concerne aos tipos de erro, **lapsos** “*é um erro em que o indivíduo tem a noção do que deve fazer, age correctamente, mas o resultado não é o que se esperava*”. (Fragata e Martins, 2005, p. 48). É o resultado duma falha de atenção. Está relacionado com a destreza. **Engano** “*é um erro mais sustentado e corresponde ao formular de uma intenção – decisão errada, pelo que a acção resultante é a acção errada.*” (Fragata e Martins, 2005, p. 48). **Violação** “*é a escolha deliberada de um comportamento que não*

é o standard e que viola as regras normais de actuação” (Fragata e Martins, 2005, p. 42). Este comportamento deve ser evitado pois, envolve sempre culpa e pode ter consequências nefastas. **Negligência** *“é qualquer atitude que assente na violação das regras estabelecidas como aceitáveis e desejáveis numa determinada situação”* (Fragata e Martins, 2005, p. 320). Este tipo de comportamento viola a ética e por isso é indesculpável isto porque não foram cumpridas as normas previstas para uma dada situação.

Nas causas de erro em instituições de saúde, Silva (2009) refere que vários problemas de saúde podem levar a faltas de concentração, cansaço, má comunicação entre as pessoas, processamento deficiente da informação e a falhas ao tomar uma decisão, o que pode ser fatal.

Há quem pense que são os maus profissionais quem comete os erros e que a má prática lhes pertence. A realidade é diferente, profissionais de saúde conceituados, com currículos brilhantes cometem erros (Silva, 2009). Os erros não provêm de uma única causa mas sim de interações complexas de pequenas falhas latentes no sistema (Instituto Português de Qualidade, 2008).

As **falhas humanas** são as mais imprevisíveis, as mais frequentes e muito mais perigosas do que as falhas dos materiais e das máquinas. É na prevenção das falhas humanas que as organizações têm de investir, investindo na formação dos profissionais da saúde na forma de gerir o inesperado. *“...é certo que os erros ligados à prestação de cuidados de saúde não poderão jamais ser abolidos na totalidade, deveremos seguramente tudo fazer para que sejam minimizados na probabilidade de ocorrências e nas suas consequências”*. (Fragata e Martins, 2004).

O **presentismo** pode ser um factor preponderante na ocorrência de erros (*e.g.* lapsos) e falhas humanas em instituições de saúde isto porque, profissionais com problemas de saúde têm mais probabilidade de falhar e errar no decorrer do seu trabalho.

Por forma a evitar a ocorrência de erros e falhas humanas, Silva (2009) sugere que se deve impor períodos de repouso e limites ao volume de trabalho por forma a assegurar que o profissional de saúde esteja na posse de todas as suas capacidades para controlar todas as situações de erro ou de quase erro.

Assume-se assim que, a **avaliação do estado de saúde** do capital humano nas instituições de saúde é uma temática que se revela cada vez mais importante.

Por fim, pode-se afirmar que “*A prevenção do erro (...) é sobretudo um problema de mudança de atitude e de cultura*”, (Fragata e Martins, 2004, p. 23).

Muitas instituições de saúde não vêem os seus recursos humanos como activos mas como custos, e por isso necessitam de inculcar segundo Baron e Armstrong (2007), uma mudança de cultura organizacional.

Pensar apenas no tapete e não em quem o pisa é um erro estrategicamente grave que acarreta muitas consequências por vezes irreparáveis (Soares, 2011).

VII. O Fenómeno Presentismo

O **presentismo** é um conceito utilizado para explicar o facto das pessoas estarem presentes no local de trabalho mas, devido a problemas de ordem física ou psicológica, não conseguirem cumprir na totalidade as suas funções - "*At work but out of it*". (Hemp, 2004, p 1).

Woody Allen referiu uma vez que 80% do sucesso adquirido ao longo da vida, pode ser atribuído ao simples facto de aparecer. No entanto, esta teoria perde credibilidade quando enquadrada no contexto organizacional.

Diversos estudos comprovam que, ao fenómeno presentismo, estão associadas perdas manifestas de produtividade que afectam o rendimento global das empresas e acarretam implicações económicas negativas (Cooper e Dewe, 2008).

Apesar de o presentismo ser considerado um fenómeno limitativo e inibidor, parece **não afectar todos os colaboradores da mesma maneira**, já que, de acordo com Martinez, Ferreira, Sousa, e Cunha, (2007) existe um patamar abaixo do qual não existe influência notória ao nível do desempenho das funções. Os autores alertam para a possibilidade de poder haver uma evolução gradual das doenças para processos de presentismo que inibem o desempenho organizacional.

Johns (2010), defende que diversos motivos explicam o facto de trabalhadores, com o mesmo quadro clínico, apresentarem diferentes níveis de perda de produtividade.

Muitos dos problemas de saúde que originam o presentismo são, pela sua natureza, benignos (os problemas de saúde graves obrigam os trabalhadores a ficar em casa por longos períodos de tempo). Assim, entre as principais causas de presentismo,

incluem-se vários tipos de perturbações, tanto a nível **físico** como a nível **psicossomático**. Essas perturbações envolvem uma determinada condição médica, ou seja, o indivíduo está a sofrer de uma (ou mais) patologia(s) específica(s).

No campo físico, as doenças com maior prevalência são as de âmbito músculo-esquelético (lombalgias e artrites), cefaleias, dores crónicas e problemas respiratórios. No campo psicossomático, destacam-se ansiedade e depressão, stress, bem como défice de atenção. Estes sintomas inibem os colaboradores de manter os seus níveis normais de trabalho, traduzindo-se em consideráveis (e nefastas) perdas de produtividade (Ferreira, Martinez, Sousa, e Cunha, 2010).

Segundo Hemp (2004), um estudo piloto realizado em 2002 pela *Lockheed Martin* (empresa norte americana de defesa e segurança aeroespacial), confirmou a prevalência de vários problemas de saúde capazes de influenciar a performance dos seus trabalhadores e causar perdas de produtividade. Na tabela abaixo (Tabela I) estão referenciados os problemas de saúde mais comuns, a percentagem de diminuição na produtividade assim como os custos anuais que a diminuição de produtividade acarreta para a empresa (custos estimados com base na média de salarial dos trabalhadores da empresa).

Problema de Saúde	Prevalência(%)	Perda de Produtividade(%)	Custos anuais(\$)
Enxaquecas	12%	4.9%	\$434,385
Artrite	19.7%	5.9%	\$865,530
Lombalgias	21.3%	5.5%	\$858,825
Alergias e Sinusite	59.8%	4.1%	\$1,809,945
Asma	6.8%	5.2%	\$259,740
Problemas Gastro-Intestinais	15.2%	5.2%	\$582,660
Dermatite (ou outros problemas de pele)	16.1%	5.2%	\$610,740
Gripes e Constipações	17.5%	4.7%	\$607,005
Depressão	13.9%	7.6%	\$786,600

Tabela I - Prevalência de problemas de saúde no local de trabalho, perdas de produtividade e custos anuais - Estudo *Lockheed Martin* (2002)

Segundo a tabela I, pode-se concluir que as **alergias e sinusites** são os problemas de saúde mais recorrentes nos trabalhadores da *Lockheed Martin* e consequentemente os que acarretam mais custos para a empresa. As **lombalgias**

aparecem como a segunda causa de problemas de saúde e, embora menos prevalente do que as alergias e a sinusite, acarreta perdas de produtividade superiores (alergias e sinusite - prevalência 59.8% e perda de produtividade 4.1%; lombalgias - prevalência 21.3% e perda de produtividade 5.5 %). A **depressão**, apesar de apresentar uma prevalência muito inferior (13.9%) às causas mais comuns, a perda de produtividade (7.6%) e conseqüentemente os custos anuais são substancialmente superiores.

O presentismo tem de facto um forte impacto negativo sobre a produtividade das empresas e essa realidade está a começar a ser alvo de atenção em todo o mundo, como comprovam os estudos internacionais que começam a surgir.

Em **Portugal** são poucas as investigações sobre esta temática e ainda não existem muitos dados sobre o fenómeno. Aliás, segundo Rui Sousa - médico de saúde pública - citado por Pedro (2007), os programas de prevenção portugueses têm como objectivo diminuir o absentismo, evitando que as pessoas adoçam, e não têm qualquer relação directa com a prevenção do presentismo.

Francisco George (director geral de saúde) alerta também que trabalhar doente, para além de implicar quebras de produtividade, pode originar cadeias de contágio que culminam com a transmissão da doença aos colegas mais próximos - no caso de se tratar de uma doença transmissível como a gripe ou a gastroenterite. Estas cadeias de transmissão, segundo o mesmo, devem ser evitadas porque os sintomas da doença podem intensificar-se e originar mais dias de ausência do trabalhador do seu posto de trabalho.

Contudo, o director geral de saúde, admite que muitos trabalhadores quando estão doentes comparecem no local de trabalho por questões sociais e ocupacionais. **Vínculos laborais precários, pressões psicológicas** por parte dos colegas, **receio de penalizações** por parte da empresa, ou seja toda uma cultura organizacional que promove a prevalência do presentismo (Pedro, 2007).

Johns (2010), enfatiza que o contexto organizacional (*e.g.* tipo de funções, vínculo laboral, regime de remuneração, espírito de equipa, facilidade de substituição, tipo cultura presentismo), juntamente com as características do trabalhador (*e.g.* atitudes face ao trabalho, personalidade, **género**, stress, percepção do seu estado de saúde) acabam por determinar fenómenos de presentismo ou absentismo nas empresas.

Nos EUA, segundo Ferreira, Martinez, Sousa e Cunha (2010), uma fundação estatal revelou que 60% dos trabalhadores deslocam-se ao local de trabalho, apesar de padecerem de problemas de saúde diversificados. Após vários estudos, concluiu-se que 48% dos indivíduos que trabalham na fundação estatal sentiam-se culpados por faltar ao trabalho, 20% recebiam uma atitude hostil das chefias e 18% temiam as consequências nefastas da perda de produtividade no trabalho.

De facto, o presentismo apresenta uma estreita relação com a **cultura organizacional**. A *Wolters Kluwer*, empresa que opera no mercado de serviços e produtos editoriais e de informação, é um bom exemplo de boas práticas no local de trabalho (Pedro, 2007). Para além de apostar na prevenção de situações de doença, incentiva a cultura do trabalhador saudável, que quando está doente deve ficar em casa.

É cultura vigente no grupo *Wolters Kluwer* premiar o cumprimento de metas individuais em detrimento da mera presença no posto de trabalho e quer responsáveis, quer funcionários, estão sensibilizados para este tema. Esta empresa defende que só deve aparecer no local de trabalho quem está em condições para tal. Mesmo em situações de doenças leves, a empresa considera que é preferível que o doente se cure em casa do que estar no local de trabalho, arriscando o contágio dos seus colegas. A *Wolters Kluwer* implementou ainda, uma série de medidas como o teletrabalho, flexibilidade de horários, atribuição de licenças sem vencimento, medicina no trabalho disponível nas instalações da empresa, tornando-se desta forma uma empresa candidata a ser considerada *a good place to work*.

Segundo a Prochaska (2011), os programas no âmbito da medicina no trabalho - *e.g.* vacinação contra a gripe, campanhas desabituacão tabágica, gestão de stress - são um passo no sentido de reduzir presentismo e o absentismo. No âmago desses programas está a convicção de que um empregado saudável é um activo em que vale a pena investir.

VIII. Presentismo vs Absentismo

Segundo Pedro (2007), o presentismo é uma realidade que acarreta mais custos para as empresas e para a economia de um país do que o **absentismo**.

Num estudo realizado em 2007, sobre a economia e os trabalhadores australianos, encomendado pela *Medibank Private* (seguradora australiana de saúde privada) à consultora económica *Econtech*, concluiu-se que a prevalência do presentismo é superior à prevalência do absentismo (Ferreira, Martinez, Sousa e Cunha, 2010).

De acordo com o mesmo estudo, no período de um mês, **53%** dos trabalhadores australianos ausentaram-se do emprego por um ou dois dias, ao passo que **77%** foram trabalhar com problemas de saúde nas mesmas quatro semanas. Dos que foram trabalhar com problemas de saúde, 88% sentiram que tinham diminuído a sua produtividade e em média, essa quebra de produtividade foi de 45%.

Dos trabalhadores inquiridos, que foram trabalhar com problemas de saúde, 78% alegaram ter tido dificuldades em pensar com clareza durante o trabalho, 66% perceberam que era mais difícil desempenhar as suas funções sem cometer erros, 64% sentiram que não tinha feito tudo aquilo que eram capazes, 67% viram-se aflitos para trabalhar o número de horas exigido e 62% acharam difícil realizar o trabalho sem paragens para descansar.

O mesmo estudo da consultora económica *Econtech* sobre a realidade australiana, concluiu que o custo global do presentismo para economia daquele país em 2005/2006 foi de 25,7 mil milhões de dólares ao passo que o do absentismo foi de sete mil milhões de dólares. Ou seja, o custo económico associado ao presentismo foi quase **quatro vezes superior** ao do absentismo.

Estes resultados são consistentes com os estudos existentes para o universo dos EUA, onde o custo estimado do presentismo é **três vezes mais elevado** do que o do absentismo.

Segundo Hemp (2004), num estudo realizado nos EUA em 2000 pela empresa *Bank One* (instituição bancária actual *JPMorgan Chase*), chegou-se à conclusão que os custos directos relativos à saúde dos trabalhadores eram apenas uma fracção do total de custos totais em saúde (Ilustração II).

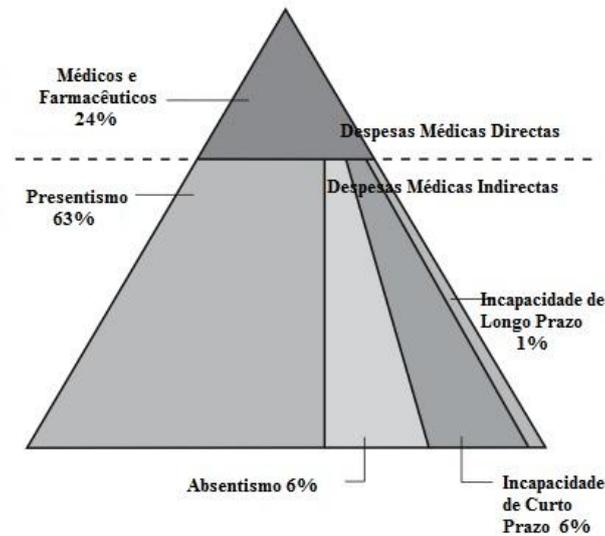


Ilustração II - Os custos escondidos do presentismo - empresa *Bank One* (2000)

Como se pode observar na Ilustração II, os **custos directos** corresponderam apenas a 24% dos custos totais da empresa *Bank One* no ano de 2000. Os **custos indirectos** são cerca de três vezes maiores e os custos do presentismo (63%) são substancialmente superiores do que os outros custos indirectos relativos a cuidados de saúde - absentismo (6%), incapacidades por doença (7%).

Segundo os autores do estudo, negligenciar o custo indirecto pode subestimar grandemente o custo total do presentismo (Hemp, 2004).

Os custos elevados associados ao presentismo continuam ainda a ser uma realidade, porque a atenção dos gestores e dos departamentos de Recursos Humanos tem recaído sobre o absentismo - faltas ao trabalho - dado que este conceito é, evidentemente, mais fácil de medir (Sousa 2005, citado por Ferreira, Martinez, Sousa e Cunha 2010). Por este motivo, muitos estudos e intervenções têm-se focalizado na prevenção e redução da ausência no trabalho devido a doença. No entanto, apesar da redução do absentismo ser rentável para as empresa e organizações envolvidas, a situação altera-se se os colaboradores continuarem a trabalhar apresentando problemas de saúde.

Questionado sobre possíveis disparidades a nível geográfico, *Ron Goetzel* (director do instituto de estudos sobre saúde e produtividade da Universidade de *Cornell* nos EUA), considera que a Europa só a partir de 2004 começou a tomar consciência do fenómeno presentismo e dos impactos negativos deste na economia, enquanto que nos

EUA existe desde o ano 2000 um crescendo de investigações sobre esta temática (Pedro, 2007).

Um estudo conduzido pelo *TNO Work and Employment* (instituto holandês de investigação e consultoria em tecnologia e estratégia) em 2002 e 2004 na Holanda, verificou uma taxa de presentismo de 63% e concluiu que, naquele país, estaria em curso um ciclo vicioso onde o esgotamento ou fadiga física derivada do presentismo, traduzia-se num posterior absentismo. O estudo analisou ainda até que ponto é que o presentismo é causado por exigências laborais e até que ponto aumenta o stress e o cansaço.

Os resultados evidenciaram que o presentismo em 2004 foi provocado pelas faltas por doença em 2002. Por outro lado, as faltas por doença em 2004 derivaram da fadiga e do presentismo em 2002. Ou seja, trabalhar doente em 2002 resultou em mais 2.3 dias de faltas por doença - por pessoa - em 2004 (Pedro, 2007).

IX. Estudos Presentismo - Custos vs Soluções

A maioria do trabalho de investigação relacionado com o presentismo, provém dos EUA, do Canadá, da Austrália, existindo ainda alguns trabalhos de pesquisa no Reino Unido e na Holanda (Cooper e Dewe, 2008). Em Portugal, como já foi referido, são ainda incipientes os estudos de investigação realizados sobre o presentismo (Ferreira e Martinez, 2011).

Importa referir que, os estudos já realizados nos diferentes países, abordaram a temática presentismo com diferentes objectivos. Assim, de uma forma sucinta, enquanto que nos estudos europeus o interesse principal residiu na frequência de presentismo como reflexo da insegurança no trabalho (entre outros factores relacionados com o comportamento organizacional), nos estudos norte-americanos, o interesse primordial foi a análise do impacto do presentismo no que concerne à produtividade (Johns, 2010).

Num cenário de avaliação económica das perdas de produtividade, deverá ter-se em consideração tanto os **custos directos** como os **custos indirectos**. Os custos directos – mais fáceis de medir – estão relacionados com as consultas médicas, as hospitalizações, os gastos com medicação, bem como o tempo de contacto entre utentes e prestadores de cuidados. Por outro lado, os custos indirectos – mais difíceis de medir – são avaliados através do absentismo, da incapacidade e do presentismo. Este último

conceito, sobre o qual nos debruçamos, como já foi referido é ainda mais difícil de contabilizar, pois prende-se com a redução de desempenho (diminuição quantidade e qualidade - erros) durante o trabalho.

O estudo, acima descrito, realizado no *Bank One* (actual *JPMorgan Chase*) em 2000 e referido por Hemp (2004), concluiu que os custos directos (custos médicos e farmacêuticos) são apenas uma pequena fracção do custo total com a saúde dos trabalhadores, sendo o presentismo a principal parcela dos custos indirectos. Também o estudo realizado pela *Lockheed Martin* em 2002, chegou à conclusão que diferentes problemas de saúde afectam de forma distinta a produtividade dos trabalhadores e traduzem-se também em custos directos e indirectos de ordens diferentes para a empresa (apesar da maior prevalência das alergias e lombalgias, a depressão acarretou proporcionalmente custos superiores para a *Lockheed Martin*).

Também Goetzel e colaboradores (2004) citados por Jonhs (2010), integraram os resultados de cinco estudos independentes de presentismo tendo sido avaliado o impacto económico de doze problemas de saúde. Das situações analisadas, os cinco problemas de saúde que acarretaram maiores custos para as empresas foram enxaquecas e dores de cabeça (20,5%), problemas respiratórios (17,2%), depressão (15,3%), diabetes (11,4%) e artrite (11,2%).

Da análise dos estudos acima referidos, observa-se que a prevalência de problemas de saúde entre os trabalhadores diverge de empresa para empresa e a sua influência no desempenho profissional é também distinta. Todos os problemas de saúde acarretam custos indirectos e directos para as instituições, pelo que **soluções** para a resolução do presentismo devem ser implementadas.

São já várias as empresas internacionais (*e.g. Wolters Kluwer*) que reconheceram o presentismo como um problema que necessitava de solução. Para tal, implementaram políticas de RH com o intuito de analisar os principais problemas de saúde dos seus trabalhadores e a correspondente perda de produtividade associada.

Na realidade empresarial portuguesa existem alguns casos de boas práticas no local de trabalho. É o caso da *Xerox* com consultas de medicina curativa a que os trabalhadores podem recorrer, bem como workshops de gestão de stress, campanhas de

vacinação e desabitação tabágica. A *IBM* promove, por sua vez, campanhas de prevenção sobre riscos laborais e de educação para a saúde, disponibilizando também serviços de rastreio (Pedro, 2007). O *Oceanário* demonstra a sua preocupação com os recursos humanos, uma vez que disponibiliza um gabinete de fisioterapia no local de trabalho para todos os colaboradores (administradores, biólogos, administrativos, entre outros).

Segundo Cooper e Dewe (2008), o investimento em programas de saúde específicos com o intuito de prevenir e tratar os principais problemas de saúde que afectam os trabalhadores, é uma janela de oportunidade para os gestores de RH e consequentemente as empresas, reduzirem os custos derivados do presentismo (competitividade empresarial).

Estudos mais recentes (Jonhs 2011, Prochaska e colaboradores 2011) defendem que, para além do estudo da influência de doenças psicossomáticas e fisiológicas no presentismo, é necessário abordar mais **domínios da vida do trabalhador** (pessoal, social, organizacional) com o intuito de analisar a influência destes na diminuição da produtividade. Os mesmos autores sustentam que, para além dos problemas de saúde, devem ser estudados os problemas na organização do trabalho, problemas pessoais e problemas de performance profissional, porque estes também são barreiras na produtividade do trabalhador e podem estar na origem de fenómenos de presentismo.

Johns (2011) propôs um modelo teórico com o intuito de evidenciar as possíveis causas do presentismo e absentismo assim como a relação destas no desempenho do trabalhador (*e.g.* produtividade).

Neste modelo, Johns (2011) defende que o **contexto organizacional** (*e.g.* especificidade de funções, tipo de vínculo laboral, regime de remuneração, espírito de equipa, facilidade de substituição, tipo cultura presentismo), juntamente com as **características do trabalhador** (*e.g.* atitudes face ao trabalho, personalidade, género, stress, percepção do seu estado de saúde) acabam por determinar fenómenos de presentismo ou absentismo nas empresas.

Explorando um pouco o modelo no que concerne ao contexto organizacional, estudos de Biron, Brun , Ives e Cooper (2006) citados em Jonhs (2011), evidenciaram correlações negativas entre a presença de presentismo e a facilidade de substituição.

Também, de uma forma geral, a insegurança no trabalho, a falta de flexibilidade, a presença de trabalho em equipa e de clientes dependentes e uma cultura de positiva relativamente à presença do trabalhador no local de trabalho, influenciam a prevalência do presentismo.

No que respeita às características pessoais do trabalhador, Johns (2011), defende no seu modelo dinâmico, que colaboradores com atitudes positivas face ao trabalho e com personalidades que tendem para o espírito de sacrifício assim como para o vício do trabalho (*workaholics*), evidenciam maiores níveis de presentismo. Relativamente ao género, existem evidências que as mulheres têm índices maiores de absentismo e os homens índices maiores de presentismo (Johns, 2011). Segundo Martinez e Ferreira (2011), as pessoas tendem a ficar mais horas no local de trabalho com o intuito de atingir promoções na carreira, aumento de remunerações assim como, novas oportunidades de trabalho. Este tipo de comportamentos é típico no género masculino e muitas vezes resulta em elevados níveis de presentismo.

Importa assim, criar dentro das empresas, um sistema de alerta para possíveis casos de presentismo assim como envolver os colaboradores em programas ajudem a ultrapassar e a resolver uma fase pouco positiva que, detectada e enquadrada a tempo, poderá ser resolvida (Soares, 2011).

Cooper e Dewe (2008) defendem que a gestão da saúde e do bem-estar organizacional começa com mudança de atitudes e com o término de toda uma cultura organizacional que promove o presentismo e que vê os RH como um custo dentro da organização.

X. Escalas de Avaliação Prevalência de Presentismo

Segundo Ferreira, Martinez, Sousa e Cunha (2010), apesar do presentismo ser um fenómeno relativamente recente, existem já inúmeros instrumentos de medida.

Entre os instrumentos para medição de perdas de produtividade devido a presentismo, encontram-se o *Work Limitations Questionnaire (WLQ-8)* e o *Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)*. Segundo Johns (2010), as respostas aos itens destes instrumentos apresentam níveis (*e.g.* discordo totalmente a concordo totalmente), que

subliminarmente contêm informação sobre a frequência normal de determinado comportamento, podendo influenciar os resultados.

O **WLQ-8** constituído inicialmente por 25 itens que avaliam quatro dimensões: gestão do tempo, a capacidade para realizar o trabalho físico, a concentração e relacionamento interpessoal e a capacidade para atingir objectivos. A versão reduzida foi mais tarde adoptada e apresenta somente oito itens auto-reportados e ancorados numa escala de 5 pontos (“discordo totalmente” até “concordo totalmente”). O WLQ-8 foi recentemente traduzido para a língua portuguesa na sua versão reduzida de oito itens por Ferreira, Martinez, Sousa e Cunha em 2010. Segundo estes autores, o WLQ-8 é um bom instrumento para avaliar o impacto das doenças crónicas em contexto de trabalho.

No que concerne ao **SPS-6**, segundo Martinez, Ferreira, Sousa e Cunha (2007), esta escala tem sido um dos **instrumentos mais utilizados** para medir o presentismo, pelo que importa explorar a sua estrutura e objectivos.

A versão original deste instrumento foi desenvolvida e validada por Koopman e colaboradores (2002). A partir da versão original – em inglês – foi traduzida para a língua portuguesa e validada por Martinez, Ferreira, Sousa e Cunha (2007). Para estes autores a escala SPS-6 tem como função **estimar as perdas de produtividade laboral**.

Do ponto de vista das propriedades psicométricas, os factores da escala apresentam valores do *alpha* de Cronbach acima de 0,80 e validade preditiva sugerindo correlações significativas com dimensões de produtividade organizacional (Martinez, Ferreira, Sousa e Cunha, 2007).

Segundo Koopman e colaboradores (2002), a SPS-6, contempla aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais da concentração e avalia a percepção do trabalhador com um problema de saúde, relativamente à capacidade de superar a distracção, completar o trabalho e garantir a qualidade do mesmo.

A escala do SPS-6 é constituída por **seis afirmações** (Tabela II) ancoradas numa escala do tipo Likert com cinco modalidades de resposta (de 1 – discordo totalmente, a 5 – concordo totalmente). As escalas de Likert, requerem que os inquiridos indiquem o seu grau de concordância ou discordância relativamente às questões efectuadas, atribuindo-se valores numéricos às respostas. Koopman e colaboradores (2002),

explicam que a cada célula de resposta é atribuído um número que reflecte a direcção da atitude dos inquiridos em relação a cada afirmação. A pontuação total da atitude de cada inquirido é dada pelo somatório das pontuações obtidas para cada afirmação.

Tabela II - Itens da Escala SPS-6

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

A estrutura da escala integra duas dimensões de presentismo, com três itens cada. A primeira encontra-se associada ao constructo de **‘distracção evitada’** (DE), e corresponde à capacidade de concentração que as pessoas manifestam quando se manifestam sintomas de presentismo (itens 1, 3 e 4 Tabela II). A segunda diz respeito ao **‘trabalho completado’** (TC) e refere-se à quantidade de trabalho que é efectuado quando o trabalhador está sob a influência das causas de presentismo (itens 2, 5 e 6 Tabela II). De acordo com Koopman e colaboradores (2002), o primeiro constructo associa-se mais a origens do foro psicológico enquanto que o segundo manifesta-se através de causas físicas.

No que respeita à pontuação total de cada inquirido na escala SPS-6, esta é obtida após somatório das pontuações obtidas em cada uma das seis afirmações. O método de pontuação das afirmações foi implementado por Koopman e colaboradores (2002) e denomina-se *"reverse-scoring"* para os itens 1, 3 e 4 (dimensão DE), ou seja,

cada valor numérico das respostas é convertido no valor oposto (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1), sendo que nos itens 2, 5 e 6 (dimensão TC), a pontuação é igual ao valor numérico atribuído pelos inquiridos (1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4, 5 = 5). Assim, a pontuação total para cada indivíduo, corresponde à média do valor resultante da soma dos valores em escala invertida (itens DE) e em escala normal (itens TC). Uma **pontuação alta** no resultado da escala SPS-6, reflecte um nível **baixo de presentismo**, ou seja uma maior capacidade de concentração na execução de todos os objectivos do trabalho, apesar do problema de saúde.

As escalas WLQ-8 e SPS-6 foram elaboradas com base no tradicional conceito do presentismo, que associa a diminuição do desempenho do trabalhador a problemas de saúde.

Contudo, segundo Prochaska e colaboradores (2011), existe uma tendência crescente de analisar não só o impacto dos problemas de saúde na produtividade, mas também considerar outras dimensões de bem-estar com o intuito de melhor detectar as verdadeiras causas da diminuição de produtividade. Assim surge a escala *Well-Being Assessment for Productivity (WBA-P)* que, segundo o mesmo autor, analisa diferentes domínios da vida do trabalhador tais como: problemas de saúde, problemas na organização do trabalho, problemas pessoais assim como problemas de performance profissional. Conclui-se que a WBA-P, apresenta uma visão mais holística do trabalhador o que se pode traduzir numa maior fiabilidade de resultados na avaliação de presentismo.

XI. Presentismo nas Instituições de Saúde

Para sustentar a pertinência de investigações de presentismo em instituições de saúde, Ferreira, Martinez, Sousa e Cunha (2010), afirmam que existem evidências da maior prevalência de presentismo nos trabalhadores da **área da saúde** e do ensino.

De facto, as profissões que envolvem a prestação de cuidados de saúde implicam mais constrangimentos em caso de absentismo, pelo que se regista mais situações de presentismo. Os profissionais de saúde comparecem no local de trabalho com problemas de saúde, muitas vezes por sentimentos de lealdade e consideração pelos utentes e sensibilização pela vulnerabilidade dos mesmos (Ferreira e Martinez, 2011).

Rego e Nunes (2010), defendem que a atenção dos gestores e dos departamentos de RH tem recaído sobre o absentismo, originando o progressivo aumento da prevalência do presentismo e dos custos associados ao mesmo.

Pedro (2007), enfatiza a influência da cultura organizacional no aumento do presentismo na maioria das organizações portuguesas e, para Sousa (2009), os profissionais da área da saúde (centro operacional, vértice estratégico e apoio logístico) detêm um importante papel nas instituições de saúde. Assim, quando estes profissionais são sujeitos a alterações fisiológicas ou psicossomáticas enquanto trabalham, apresentam diminuições na produtividade e na qualidade (erros) do seu desempenho, que podem reverter em consequências graves para as instituições.

No que concerne a estudos de presentismo em instituições de saúde considera-se que, tanto a nível internacional como nacional, são quase inexistentes as evidências de investigações nestas instituições (Rui Sousa citado por Pedro, 2007).

Segundo Ferreira e Martinez (2011), um estudo realizado em 2003 a enfermeiras de um hospital de grandes dimensões nos EUA, concluiu que as alergias e dores lombares foram as causas de presentismo mais frequentes.

Num outro estudo mais recente, realizado por Ferreira e Martinez (2011) num **hospital público de Lisboa**, grande parte dos enfermeiros foram questionados sobre os problemas de saúde que apresentam no local de trabalho e sobre a quantidade de horas por dia e dias por ano, que os mesmos problemas de saúde afectam o seu desempenho. Os enfermeiros também descreveram a sua noção subjectiva sobre o seu estado de saúde (1-mau, 5-excelente).

Nos resultados, verificou-se que 2.4% das enfermeiros relataram o seu estado de saúde como sendo mau. O **stress** (33.9%) e a **ansiedade** (28.5%) foram os problemas de saúde psicológicos de maior prevalência, enquanto que a as **dores lombares** (46.1%) e as **infecções respiratórias** (41.4%) foram os problemas físicos mais relatados. No que concerne a comparações entre géneros, o sexo feminino verificou maior prevalência de dores lombares, enxaquecas, ansiedade e depressão. No que respeita ao stress, não existiram diferenças significativas entre géneros.

Relativamente às pontuações da escala de SPS-6, os enfermeiros que padeceram de dores lombares, infecções respiratórias e stress apresentaram valores mais baixos na escala geral de SPS-6 assim como na dimensão DE (Tabela III). Apesar da depressão ter sido pouco prevalente entre os enfermeiros, os enfermeiros que dela padecem foram afectados principalmente no que respeita à dimensão DE.

Tabela III - Pontuações médias da escala SPS-6, da dimensão Distracção Evitada e Trabalho Completado por problemas de saúde com maior prevalência (estudo realizado em enfermeiras de um hospital pública de Lisboa)

Problemas Saúde	SPS-6	DE	TC
	Média	Média	Média
Stress	3.27	2.72	3.83
Ansiedade	3.31	2.77	3.84
Dores Lombares	3.33	2.79	3.84
Infecções Respiratórias	3.39	2.97	3.80
Depressão	3.15	2.62	3.69

No que respeitou a correlações, os enfermeiros de mais idade apresentaram mais problemas de saúde e quantos mais problemas de saúde (por enfermeiro), menor a pontuação na escala SPS-6. Verificou-se também que os enfermeiros com maior ordenado manifestam maiores valores na dimensão TC. No que concerne a géneros, não se verificaram diferenças no nível de presentismo entre enfermeiros de diferentes sexos.

Tabela IV - Pontuações Itens SPS-6 (estudo realizado em enfermeiras de um hospital público de Lisboa)

SPS-6	Média	Desvio Padrão
Item 1	3.01	1.23
Item 2	4.17	0.89
Item 3	3.03	1.31
Item 4	2.63	1.24
Item 5	3.81	1.00
Item 6	3.50	1.13

Tabela V - Pontuações globais SPS-6 dos enfermeiros do hospital público em Lisboa

	Média
SPS-6	3.36
DE	2.89
TC	3.82

Neste estudo concluiu-se que os enfermeiros do hospital em estudo apresentaram uma pontuação média na escala de SPS-6 de 3.36. No que respeitou ao constructo **distracção evitada** (DE) os valores médios foram mais baixos (2.89) o que remete para uma menor capacidade de concentração dos enfermeiros quando apresentaram problemas de saúde. Relativamente ao **trabalho completado** (TC) os valores foram elevados (3.82) pelo que se concluiu que os enfermeiros, mesmo sob influência de problemas de saúde, completaram o seu trabalho (Tabela V).

Os níveis de presentismo manifestados pela classe de enfermagem existiram devido, provavelmente, a dificuldades de substituição e excesso de trabalho (Ferreira e Martinez, 2011).

XII. Instituto de Massagens Senra da Cunha - IMSC

Como já foi referido, com a Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, é aprovado o novo RJGH que introduziu o conceito de rede de prestação de cuidados de saúde que passou a abranger, entre outros serviços de saúde, os estabelecimentos do SNS e **os estabelecimentos privados que prestam cuidados aos utentes do SNS.**

O **IMSC** presta serviços de fisioterapia e é um dos muitos estabelecimentos privados que prestam cuidados aos utentes do SNS, tendo sido fundado em 1982. Esta instituição de saúde concede serviços ao utentes residentes no concelho de Sintra e tem como missão a promoção, protecção da saúde e prevenção da doença e como **objectivos**, a reabilitação dos utentes nas melhores condições possíveis, assim como a prevenção de doenças e a promoção de estilos de vida saudáveis.

Como em todas as instituições, face ao actual panorama económico e financeiro, importa ao IMSC a contenção despesa.

Segundo Mintzberg (1995), para compreender uma empresa é efectivamente útil, começar pelo seu organograma (Ilustração III).

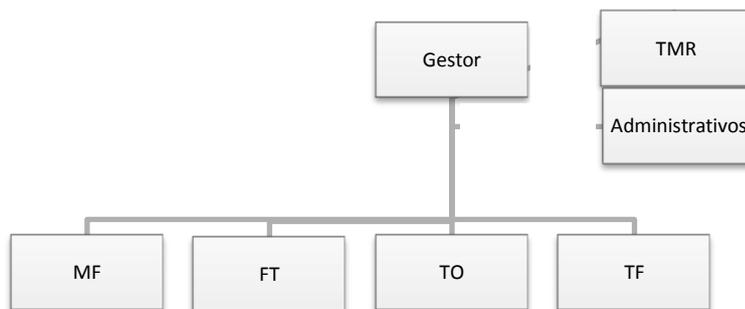


Ilustração III - Organograma IMSC: Estrutura Profissional segundo Mintzberg (1995)

De acordo com a Ilustração III, e considerando as configurações estruturais já descritas por Mintzberg (1995), pode-se afirmar que o IMSC apresenta uma **estrutura profissional**, uma vez que, o centro operacional é constituído por profissionais altamente especializados/qualificados, com autonomia para controlar o seu próprio trabalho, sendo por isso responsáveis pelas acções que desencadeiam.

Existe vértice estratégico (gerente-G) mas o centro operacional (médicos fisiatras-MF, fisioterapeutas-FT, terapeutas ocupacionais-TO, terapeutas da fala-TF) é que detém os conhecimentos para que os desígnios do vértice estratégico sejam alcançados. Existe centro logístico (técnicos auxiliares de massagem de reabilitação-TMR, administrativos-AD) têm como função facilitar o trabalho realizado pelo centro operacional.

Relativamente ao **número de profissionais**, no mês de Novembro (data de realização do estudo), exerciam funções no IMSC 30 profissionais, entre eles 1 G, 1 MF, 4 FT, 3 TO, 4 TF, 14 TAMR e 3 AD. Importa referir que não foram considerados os colaboradores em regime de baixa, colaboradores com menos de três anos de funções no IMSC e ainda estagiários.

No que respeita às **funções** de cada profissional estas são bastante distintas sendo que, de uma forma geral, aos MF cabe o diagnóstico das patologias, aos FT, TO e TF o diagnóstico funcional e respectivo tratamento e às TMR e AD facilitar e apoiar as funções do MF, FT, TO, TF.

Importa salientar que os TMR são os profissionais com funções fisicamente mais exigentes e rotineiras e os AD são os profissionais com funções mais repetitivas e menos exigentes fisicamente. Ao G cabe-lhe a gestão de conflitos, a supervisão dos processos sendo a sua função pouco exigente a nível físico. Ao MF é-lhe exigido pouco esforço físico e elevada concentração enquanto que, as funções dos FT, TO, TF exigem mais algum esforço físico e igual concentração. Importa salientar que os FT e TO trabalham diariamente com vários grupos de doentes (bebés, crianças, adolescentes, adultos, idosos), enquanto que os TF trabalham sempre com o mesmo grupo (adultos ou crianças).

Relativamente à **carga horária**, esta difere de profissional para profissional, pode ser em regime de *part time* (menos de 8 horas diárias), *full time* (8 ou mais horas diárias) ou pode ter isenção de horário. No entanto, a maioria dos colaboradores em *part time* são FT, TF e TO que executam funções noutras instituições de saúde.

No que concerne ao regime contratualização todos os TMR e AD estão efectivos e os restantes profissionais encontram-se em regime de prestação de serviços por tempo indeterminado.

Quanto às **políticas de saúde**, no IMSC não existe propriamente um serviço de medicina no local de trabalho e em caso de lesão de algum colaborador o seguro de saúde é activado. De referir a inexistência programas de prevenção de situações de doença, assim como de gestão de stress.

Pode-se deste modo afirmar que a **cultura organizacional** do IMSC, não incentiva a cultura do trabalhador saudável (quando está doente deve ficar em casa), e vê os RH como um custo dentro da organização.

No IMSC não existe facilidade de substituição de um colaborador e, de uma forma geral, evidencia-se insegurança no trabalho e falta de flexibilidade (sentida principalmente no centro logístico - TMR e AD). A equipa do IMSC (centro

operacional - M, FT, TO e TF) é unida e fomenta o trabalho conjunto. Os clientes/utentes estão dependentes da presença dos colaboradores.

Estatisticamente, não existem dados fiáveis de **absentismo** relativos ao último ano (Outubro de 2010 a Outubro de 2011).

Importa referir que, nos três últimos anos a composição profissional do IMSC pouco se modificou.

Capítulo 3 - Metodologia

O objectivo desta secção é apresentar o tipo de estudo realizado, bem como o problema de investigação, os objectivos gerais e específicos. Descreve-se também os sujeitos, o procedimento e os instrumentos utilizados. Por fim aborda-se quais os dados que vão ser alvo de análise estatística, assim como o tipo de análise estatística realizada.

I. Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo descritivo que teve por objectivo central caracterizar o estado actual da presença de presentismo em instituições de saúde, procurando, por intermédio de cruzamento de dados (tabelas de contingência), averiguar a associação de duas ou mais variáveis. Foi também objectivo averiguar se e em que medida duas ou mais variáveis estavam relacionadas. (Pinto e Curto, 1999)

Para a realização deste estudo escolheu-se a instituição de saúde IMSC por uma questão de conveniência e por se considerar representativa enquanto clínica privada que presta cuidados a utentes do SNS.

II. Problema

Analisar o presentismo em instituições de saúde uma vez que:

1. As investigações são insípidas nesta área;
2. Os profissionais de saúde vítimas de presentismo apresentam maior probabilidade de cometer erros em saúde;
3. A presença de presentismo acarreta custos para as empresas superiores aos custos do absentismo;
4. O panorama económico-financeiro actual impõe a adopção de políticas de contenção de despesa no sector da saúde.

III. Objectivo Geral

Verificar se os colaboradores de uma instituição de saúde (IMSC) são afectados por problemas de saúde enquanto trabalham, havendo alterações no nível de

desempenho das suas funções, desencadeando situações de presentismo e consequente diminuição de performance.

IV. Objectivos Específicos

1. Verificar problemas de saúde com maior prevalência entre os colaboradores do IMSC;
2. Verificar possíveis associações entre tipo de profissão, horas diárias de trabalho, sexo e problemas de saúde mais frequentes no IMSC;
3. Analisar as pontuações globais da escala SPS-6, dos inquiridos e verificar presença de presentismo na instituição comparando com valores obtidos em estudos já realizados. Analisar os valores das duas dimensões do presentismo (DE e TC) e enquadrá-los na realidade do IMSC;
4. Comparar as pontuações médias da escala global SPS-6, da DE e do TC dos diversos profissionais (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, técnicos auxiliares, administrativos, gerentes);
5. Comparar as médias da escala global SPS-6, da DE e do TC de cada problema de saúde, de cada faixa etária e de cada horário de trabalho diário;
6. Analisar a existência de correlações entre a escala global SPS-6 e as dimensões do presentismo (DE e TC) com as variáveis sexo, idade, profissão, horário de trabalho diário.

V. Sujeitos

Foram inquiridos todos os 30 colaboradores do IMSC: 1 G, 1 MF, 4 FT, 3 TO, 4 TF, 14 TMR e 3 AD. Foram excluídos os colaboradores em regime de baixa, colaboradores com menos de um ano de funções no IMSC e ainda estagiários.

VI. Procedimento

Em primeiro lugar, foi contactada a administração do IMSC, com vista a solicitar a sua colaboração. Procedeu-se à explicação dos objectivos do estudo e, após autorização, foram distribuídos os questionários. Os questionários foram preenchidos no imediato e os colaboradores do IMSC foram acompanhados no preenchimento dos

mesmos, tendo sido fornecidas as instruções necessárias e o esclarecimento de dúvidas. Foi também garantido o anonimato e confidencialidade de todos os dados.

VII. Instrumentos

O instrumento de recolha de dados consistiu num questionário - versão final no Anexo III - composto por três partes:

- A **primeira** teve por objectivo caracterizar a amostra sociológica e profissionalmente relativamente à idade, sexo, profissão e horário laboral;
- A **segunda** consistiu numa tabela com os problemas de saúde mais frequentes dos trabalhadores (no último ano) enquanto desempenham as suas funções, segundo estudo de Ferreira, Martinez, Sousa e Cunha (2010);
- A **terceira** e última parte teve por objectivo aferir se os problemas de saúde da amostra originaram situações de presentismo, para tal recorreu-se à escala SPS-6.

Com o intuito de analisar eventuais dificuldades de compreensão e de interpretação associadas ao conteúdo do questionário e mais concretamente, à constituição e forma das afirmações constantes da escala SPS-6, efectuou-se um pré-teste a profissionais de saúde diversos, por intermédio das redes sociais. Dos resultados destes pré-testes, concluiu-se que a interpretação e compreensão de todo o questionário foi relativamente fácil, pelo que se procedeu à entrega e recolha do mesmo no prazo de duas semanas.

VIII. Análise de dados

Para obtenção de resultados foram analisados os seguintes dados:

1. Características gerais da população: idade, sexo e horário de trabalho dos colaboradores;
2. Prevalência de problemas de saúde nos colaboradores IMSC enquanto desempenham as suas funções - separação por grupos profissionais;
3. Pontuações globais SPS-6, pontuações dimensões DE e TC (média e desvio-padrão);

4. Pontuações globais SPS-6, pontuações DE e TC por grupo profissional, por problema de saúde, por faixa etária, por horas de trabalho diário e por género (comparação de médias);
5. Correlações entre dimensões do presentismo e variáveis relacionadas com aspectos do trabalho e características dos trabalhadores (*e.g.* horas diárias de trabalho, idade).

IX. Análise estatística

Recorreu-se ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17, para o tratamento estatístico dos dados. Foram resumidas as informações retiradas dos questionários a partir de um conjunto de medidas (média, desvio padrão) e apresentadas sob a forma de tabelas.

Foi utilizado o teste do teste qui-quadrado para comparação de variáveis categóricas (género e problemas de saúde), e foram realizadas análises de variância paramétrica para testar a igualdade de médias (averiguar relações estatisticamente significativas entre as profissões e as pontuações da escala de SPS-6, DE e TC). Foram também determinados coeficientes de correlação com o intuito de quantificar o grau de associação entre variáveis (idade, horas diárias de trabalho, pontuações SPS-6, DE e TC).

Considerou-se estatisticamente significativo $p < 0.05$.

Capítulo 4 - Apresentação de Resultados

Neste capítulo são apresentadas as estatísticas descritivas dos dados analisados. Numa primeira fase caracteriza-se a população do IMSC, seguidamente analisam-se os dados recolhidos no questionário relativamente à prevalência de problemas de saúde e por último apuram-se as pontuações globais da escala SPS-6 do IMSC. Posteriormente procede-se a análise de possíveis associações entre variáveis e as pontuações médias da escala de presentismo.

I. Caracterização da População:

Entre Outubro de 2010 e Outubro de 2011 trabalharam no IMSC 30 colaboradores diariamente em regime de *full time* ou *part time*. Do universo de trabalhadores 3.3% eram médicos fisiatras, 3.3% gestores, 36.6 % terapeutas (13.3% fisioterapeutas, 10% terapeutas ocupacionais, 13.3% terapeutas da fala), 10% administrativos e 46,6 % técnicos auxiliares de massagem de reabilitação.

A maioria dos colaboradores (73,3%) eram do **sexo feminino** (Tabela VI).

Tabela VI - Profissão * Sexo

Profissão	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Médico	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%
Fisioterapeuta	1 25,0%	3 75,0%	4 100,0%
Terapeuta Ocupacional	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
Terapeuta da Fala	1 25,0%	3 75,0%	4 100,0%
Gerente	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%
Administrativa	0 ,0%	3 100,0%	3 100,0%
Técnica de Massagem de Reabilitação	2 14,3%	12 85,7%	14 100,0%
Total	8 26,7%	22 73,3%	30 100,0%

Os colaboradores do sexo masculino (26,7%) estavam distribuídos pelas diferentes profissões. Para além do médico e do gestor, a classe profissional de terapia ocupacional era maioritária (66.7%) em colaboradores do sexo masculino. As funções administrativas eram executadas exclusivamente por colaboradoras do sexo feminino (Tabela III).

No que concerne à idade, verificou-se número igual de colaboradores entre as faixas etárias 21-30, 31-40 e 41-50, sendo estas faixas as mais numerosas. A faixa etária >61, apresentou também um número expressivo. De referir que, nesta última faixa etária, encontra-se o (único) gestor, 1 administrativa e ainda 3 técnicas auxiliares (Tabela VII).

Tabela VII - Profissão * Idade

	Idade					Total
	21-30	31-40	41-50	51-60	>61	
Médico	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%
Fisioterapeuta	1 25,0%	3 75,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	4 100,0%
Terapeuta Ocupacional	2 66,7%	1 33,3%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 100,0%
Terapeuta da Fala	2 50,0%	0 ,0%	2 50,0%	0 ,0%	0 ,0%	4 100,0%
Gerente	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 100,0%	1 100,0%
Administrativa	1 33,3%	0 ,0%	1 33,3%	0 ,0%	1 33,3%	3 100,0%
Técnica de Massagem de Reabilitação	2 14,3%	4 28,6%	5 35,7%	0 ,0%	3 21,4%	14 100,0%
Total	8 26,7%	8 26,7%	8 26,7%	1 3,3%	5 16,7%	30 100,0%

Dentro da classe dos terapeutas (FT, TO, TF), os **mais novos** foram os terapeutas ocupacionais (66.7% entre os 21-30 anos e 33.3% dos 31-40 anos), seguidos pelos fisioterapeutas (25% entre os 21-30 anos e 75% entre os 31-40 anos). Os terapeutas da fala, apesar de terem 50% dos colaboradores entre os 21-30 anos, tinham também dentro da sua classe outros 50% entre os 41-50 anos (Tabela IV).

Importa ressaltar que a idade dos técnicos auxiliares inquiridos é bastante dispersa, sendo a mediana localizada dos 41-50 anos (35.7% dos técnicos).

No que respeita a horas diárias de trabalho, considerou-se que a maioria dos terapeutas (FT, TO, TF) trabalhou, no IMSC, em regime de *part-time* (<8 horas diárias) - Tabela V. De referir que, na classe de terapeutas, 50% dos fisioterapeutas e 50% dos terapeutas da fala apresentaram horas diárias iguais ou superiores a 8 (os 100% dos terapeutas ocupacionais realizaram exclusivamente funções em regime de *part-time*, <8 horas diárias).

As 3 administrativas trabalharam mais de 8 horas diárias e, somente o gestor e o médico realizaram as suas funções num regime de isenção de horário. Relativamente aos técnicos auxiliares todos trabalharam em regime de *full time* (8 ou mais horas diárias), sendo que a maioria (57.1%) trabalhou 8 horas diárias (Tabela VIII).

Tabela VIII - Profissão * Horas diárias de trabalho

Profissão	Horas diárias de trabalho				Total
	<8 horas diárias	8 horas diárias	>8 horas diárias	Isenção de horário	
Médico	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 100,0%	1 100,0%
Fisioterapeuta	2 50,0%	1 25,0%	1 25,0%	0 ,0%	4 100,0%
Terapeuta Ocupacional	3 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 100,0%
Terapeuta da Fala	2 50,0%	1 25,0%	1 25,0%	0 ,0%	4 100,0%
Gerente	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 100,0%	1 100,0%
Administrativa	0 ,0%	0 ,0%	3 100,0%	0 ,0%	3 100,0%
Técnica de Massagem de Reabilitação	1 7,1%	8 57,1%	5 35,7%	0 ,0%	14 100,0%
Total	8 26,7%	10 33,3%	10 33,3%	2 6,7%	30 100,0%

II. Prevalência problemas de saúde

Relativamente aos problemas de saúde dos colaboradores enquanto desempenham as suas funções, verificou-se a prevalência das **raquialgias** (dores de costas) em 86.6% dos inquiridos. O **stress** e as **infecções respiratórias** (gripes e

constipações), foram também apontados como problemas de saúde dominantes no local de trabalho, tendo sido referenciados por 76.6% dos colaboradores inquiridos (Tabela VI). Ansiedade, alergias e dores de cabeça afectaram no trabalho cerca de metade dos colaboradores do IMSC. O refluxo gastro-esofágico foi pouco referido pelos colaboradores assim como a asma, a dermatite e a hipertensão arterial. A depressão foi também, dos problemas de saúde menos referenciados (13.3%). Das 22 mulheres questionadas, 22.7% queixou-se de dores menstruais durante o trabalho.

Importa referir que todos os 30 colaboradores apontaram dois ou mais problemas de saúde dos doze assinalados na Tabela IX. As técnicas auxiliares de diagnóstico apresentaram o maior número médio de problemas de saúde por pessoa.

Tabela IX - Prevalência Problemas de Saúde no IMSC

Problemas de Saúde	%	Sim	Não
Alergias e sinusite		15	15
Dermatite (problemas de pele)		4	26
Depressão		4	26
Stress	76.7%	23	7
Ansiedade		16	14
Cefaleias e enxaquecas (dores de cabeça)		15	15
Infecções respiratórias (gripe, constipações)	76.7%	23	7
Asma		1	29
Refluxo gastro-esofágico (azia ou má disposição)		5	25
Raquialgias (dores nas costas)	86.7%	26	4
Hipertensão arterial		8	22
Dores Menstruais		5	25

As raquialgias (dores de costas) foram referenciadas por todas as classes profissionais excepto pelo gestor. Dos técnicos auxiliares 86.7% já trabalharam no último ano com raquialgias, assim como a maioria dos fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala. O médico alegou também raquialgias como um problema de saúde sentido ao longo do ano.

No que concerne às gripes e constipações, o médico e o gestor foram os únicos que não apontaram terem trabalhado com este problema de saúde .

O stress, entendido como problema de saúde, foi transversalmente sentido em todas as classes profissionais (Tabela X), sendo de maior prevalência entre o médico, gestor, fisioterapeutas, terapeutas da fala e técnicas auxiliares. Das administrativas, apenas 33.3% apontou o stress como problema de saúde.

Tabela X - Prevalência problemas de saúde mais comuns no IMSC por profissão

Profissão	Prevalência Raquialgias %	Prevalência Infecções Respiratórias %	Prevalência Stress %
Médico	100%	0%	100%
Fisioterapeuta	75%	100%	100%
Terapeuta Ocupacional	66.7%	100%	66.7%
Terapeuta da Fala	100%	75%	100%
Gerente	0%	0	100%
Administrativa	66.7%	66.7%	33.3%
Técnica Auxiliar de Massagem	86.7%	78.6%	71.4%

Relativamente ao **género** e no que concerne aos problemas de saúde mais prevalentes, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre sexos, (após realização teste do qui-quadrado e considerando estatisticamente significativo $p < 0.05$).

No que concerne à **idade** verifica-se que a faixa etária dos **41-50** anos tem maior prevalência de problemas de saúde (raquialgias - 30.8%; infecções respiratórias - 30.4%; alergias e sinusites - 33.3%; depressão - 50%; dores de cabeça - 33.3%). Stress quem sofreu mais foram os colaboradores dos 31-40 e raquialgias os mais novos (21-30anos) e os colaboradores entre os 41-50 anos.

No que respeita às **horas de trabalho diárias**, os colaboradores que trabalham **8 horas** diárias foram os que apresentaram maiores percentagens de raquialgias (38.5%), infecções respiratórias (34.5%), alergias e sinusites (46.7%), depressão (75%). Os que trabalham menos de 8 horas diárias evidenciaram na sua maioria raquialgias (26.9%) e stress (30.4%). Finalmente, os trabalhadores que permanecem no IMSC mais de 8 horas por dia mais ansiedade (31.3%) e dores de cabeça (33.3%).

III. Pontuações globais da Escala SPS-6 e das dimensões Trabalho Completado e Distracção Evitada

No que concerne às pontuações médias dos 6 itens da escala SPS-6, verificou-se que os itens 1 e 2 (distracção evitada) apresentaram os valores médios mais baixos, ao passo que os itens 5 e 6 (trabalho completado) os valores médios mais elevados (Tabela XI). Apesar desta avaliação inicial ser algo conclusiva, averiguaram-se as pontuações globais da escala SPS-6 assim como as pontuações das suas duas dimensões.

Após análise, concluiu-se que no IMSC, os colaboradores apresentam elevadas pontuações médias de trabalho completado (3.43), quando comparado com a distracção evitada (2.20) - Tabela XII.

Tabela XI - Pontuações Itens SPS-6

SPS-6	N	Média	Desvio Padrão
Item 1	30	1,80	,610
Item 2	30	2,77	1,223
Item 3	30	1,73	,450
Item 4	30	3,07	1,202
Item 5	30	3,80	,887
Item 6	30	3,73	1,048

Tabela XII - Pontuações globais SPS-6 do IMSC

	N	Média	Desvio Padrão
SPS-6	30	2,82	,253
DE	30	2,20	,397
TC	30	3,43	,373

TC - Trabalho Completado; DE - Distracção Evitada

Estes resultados de DE revelam menor capacidade de concentração dos colaboradores quando apresentam problemas de saúde, enquanto que os resultados de TC demonstram que, mesmo sob influência de problemas de saúde, os colaboradores completam o seu trabalho.

IV. Pontuações da escala SPS-6 por Grupo Profissional, Faixa Etária, Horas de Trabalho Diário e Género

No que respeita ao desempenho profissional sob a presença de problemas de saúde, verificaram-se diferenças consoante o tipo de funções realizadas. Assim, o **médico** foi o profissional que apresentou valores mais elevados na escala de SPS-6 (3) e na dimensão DE (2.67). No grupo de **terapeutas**, os fisioterapeutas apresentaram valores mais altos na escala SPS-6 (2.83) e na dimensão DE (2.50). Os terapeutas da fala foram os que obtiveram menores valores na escala SPS-6 (2.75) e no constructo TC (Tabela XIII). O **gestor** foi o profissional com pontuações mais baixas no universo do IMSC, tendo obtido uma pontuação na escala de SPS-6 de 2.5 e no constructo TC de 2.67. Contudo, foram as **administrativas** que apresentaram menores níveis de DE, uma vez que apresentaram pontuações de 2. Importa ressaltar que, apesar dos baixos níveis de DE, as administrativas apresentaram as maiores pontuações em TC (3.78). Os **técnicos auxiliares** apresentaram uma pontuação média de 2.83, no entanto a DE foi na ordem dos 2.05 (quase ao nível das administrativas), apesar do TC ter sido de 3.2.

Tabela XIII - Pontuações médias SPS-6, DE e TC por Profissão

Profissão		SPS-6	DE	TC
Médico	Média	3,00	2,67	3,33
	Desvio Padrão	.	.	.
Fisioterapeuta	Média	2,83	2,50	3,17
	Desvio Padrão	,33	,33	,33
Terapeuta Ocupacional	Média	2,78	2,33	3,22
	Desvio Padrão	,19	,33	,19
Terapeuta da Fala	Média	2,75	2,33	3,17
	Desvio Padrão	,44	,72	,33
Gerente	Média	2,50	2,33	2,67
	Desvio Padrão	.	.	.
Administrativa	Média	2,89	2,00	3,78
	Desvio Padrão	,19	,00	,385
Técnica Auxiliar de Massagem	Média	2,83	2,05	3,62
	Desvio Padrão	,22	,32	,26

TC - Trabalho Completado; DE - Distracção Evitada

Com o intuito de verificar se existiram relações estatisticamente significativas entre as diferentes **profissões** e as **pontuações da escala de SPS-6, DE e TC**, procedeu-se à análise de variância paramétrica para testar a igualdade das médias. No entanto, antes de se realizar a análise de variância, confirmaram-se os pressupostos que lhe estão subjacentes (normalidade - Teste de Kolmogorov-Smirnof, igualdade de variância - Teste de Levene), e verificou-se que as probabilidades associadas às estatísticas dos testes foram superiores ao nível de significância de 5%. Deste modo, confirmou-se a existência de normalidade e homogeneidade de variâncias das pontuações de SPS-6, DE e TC nas diferentes profissões.

Verificadas as condições de aplicabilidade da Análise de Variância Simples prosseguiu-se para o cálculo dos valores das estatísticas de teste. (Tabela XIV - *Analysis of Variance* (ANOVA)).

Tabela XIV - ANOVA

		SQ	GL	MQ	F	Sig.
SPS-6	Entre Grupos	,177	6	,029	,405	,868
	Dentro dos Grupos	1,676	23	,073		
	Total	1,853	29			
DE	Entre Grupos	1,165	6	,194	1,309	,293
	Dentro dos Grupos	3,413	23	,148		
	Total	4,578	29			
TC	Entre Grupos	2,139	6	,357	4,329	,005
	Dentro dos Grupos	1,894	23	,082		
	Total	4,033	29			

SQ - Soma de Quadrados, GL - Graus de Liberdade, MQ - Média Quadrática
TC - Trabalho Completado; DE - Distracção Evitada

Pela tabela ANOVA, e para a variável explicativa profissão e variável dependente pontuações SPS-6, obteve-se o valor do teste ($F = 0.405$) e a respectiva probabilidade associada ($\text{sig.} = 0.868$). Uma vez que a probabilidade associada foi superior ao nível de significância considerado ($\text{sig.} = 0.868 > \alpha = 0,05$), não existiram diferenças significativas entre o número médio das pontuações da escala SPS-6 nas diferentes profissões do IMSC.

No que respeitou à variável dependente DE, obteve-se o valor de teste $F = 1.309$ e a probabilidade associada $\text{sig.} = 0.293$. Novamente a probabilidade associada foi

superior ao nível de significância considerado (sig. = 0.293 > α = 0,05), pelo que não existiram diferenças significativas entre o número médio das pontuações da dimensão DE nas diferentes profissões do IMSC.

Relativamente à variável dependente TC, obteve-se o valor de teste F = 4.329 e a probabilidade associada sig. = 0.005. Como a probabilidade associada foi inferior ao nível de significância considerado (sig. = 0.005 < α = 0,05), existiram diferenças significativas entre o número médio das pontuações da dimensão TC nas diferentes profissões do IMSC.

Relativamente ao **impacto dos problemas de saúde** mais frequentes no desempenho dos colaboradores do IMSC (Tabela XV), verificou-se que colaboradores com stress e raquialgias obtiveram menores valores de SPS-6 assim como de DE. A ansiedade foi também uma das causas que menores valores obteve na escala SPS-6 e na DE. Por sua vez, as infecções respiratórias, uma das doenças mais prevalentes, não tiveram grande impacto na produtividade dos colaboradores.

De referir que, apesar da depressão afectar apenas 13.3% dos colaboradores, estes apresentaram os valores mais baixos de DE (2.08) - Tabela XV.

Tabela XV - Pontuações médias SPS-6, distracção evitada e trabalho completado por problema de saúde mais prevalente

			SPS-6	DE	TC
Alergias e Sinusites	Sim	Média	2,90	2,24	3,56
		DP	,25	,50	,27
Depressão	Sim	Média	2,83	2,08	3,58
		DP	,14	,42	,17
Stress	Sim	Média	2,79	2,17	3,41
		DP	,26	,42	,38
Ansiedade	Sim	Média	2,82	2,21	3,43
		DP	,25	,44	,42
Cefaleias e Enxaquecas	Sim	Média	2,84	2,31	3,38
		DP	,25	,46	,31
Infecções Respiratórias	Sim	Média	2,86	2,22	3,50
		DP	,24	,42	,33
Raquialgias	Sim	Média	2,82	2,19	3,45
		DP	,26	,41	,35

TC - Trabalho Completado; DE - Distracção Evitada; DP - Desvio Padrão

Sobre a **idade**, verificou-se que os trabalhadores mais velhos >61 apresentaram maiores níveis de DE (Tabela XVI), enquanto que os trabalhadores entre os 41-50 anos apresentaram maiores índices de TC.

Tabela XVI - Pontuações médias SPS-6, DE e TC por Idade

Idade		SPS-6	DE	TC
21-30	Média	2,72	2,25	3,21
	DP	,28	,30	,43
31-40	Média	2,78	2,21	3,33
	DP	,22	,43	,00
41-50	Média	2,96	2,21	3,71
	DP	,28	,53	,278
51-60	Média	3,00	2,67	3,33
	DP	.	.	.
>61	Média	2,77	2,0	3,53
	DP	,19	,24	,51

TC - Trabalho Completado;
DE - Distração Evitada; DP - Desvio Padrão

No que respeita ao **género**, pode-se referir que as colaboradoras do sexo feminino apresentaram níveis um pouco mais altos de TC e um pouco mais baixos de DE, comparativamente com os colaboradores do sexo masculino. Contudo as diferenças encontradas não pareceram ser significativas nas pontuações médias entre os colaboradores dos diferentes sexos (Tabela XVII).

Tabela XVII - Pontuações médias SPS-6, DE e TC por Sexo

Sexo		SPS-6	DE	TC
Masculino	Média	2,78	2,29	3,25
	DP	,266	,33	,43
Feminino	Média	2,83	2,17	3,50
	DP	,25	,42	,34

TC - Trabalho Completado;
DE - Distração Evitada; DP - Desvio Padrão

Também no que concerne às **horas de trabalho diárias** não foram registadas muitas diferenças de resultados da escala SPS-6. Apenas se constatou que os colaboradores que trabalharam 8 horas diárias, no passado último ano, apresentaram níveis mais baixos de distração evitada (Tabela XVIII).

Tabela XVIII - Pontuações médias SPS-6, DE e TC por Horas diárias de trabalho

Horas diárias de trabalho		X	DE	TC
<8 horas diárias	Média	2,67	2,20	3,12
	DP	,26	,35	,30
8 horas diárias	Média	2,85	2,10	3,60
	DP	,16	,35	,26
>8 horas diárias	Média	2,91	2,23	3,60
	DP	,27	,49	,30
Isenção de horário	Média	2,75	2,50	3,00
	DP	,35	,23	,47
Total	Média	2,81	2,20	3,43
	DP	,25	,39	,37

TC - Trabalho Completado;
DE - Distração Evitada; DP - Desvio Padrão

V. Correlações entre Variáveis

A tabela XIX sumariza as correlações existentes entre as variáveis **idade, horas diárias de trabalho** e as pontuações médias da escala **SPS-6, DE e TC** no IMSC. Verificou-se uma correlação positiva moderada entre as pontuações da escala SPS-6 e as dimensões DE ($r = 0.683$, $p < 0.01$) e TC ($r = 0.628$, $p < 0.01$), ou seja, à medida que as pontuações médias do SPS-6 aumentaram, aumentaram também, moderadamente, as pontuações médias das suas dimensões (expectável dado que DE e TC são dimensões da escala SPS-6).

Entre as variáveis horas diárias de trabalho e idade evidenciou-se também uma correlação positiva moderada ($r = 0.556$, $p < 0.01$), o que significa que na IMSC, os colaboradores mais velhos são os que, moderadamente, permanecem no local de trabalho mais horas diárias. No entanto não foram encontradas correlações significativas entre as dimensões de presentismo e as variáveis idade e horas diárias de trabalho.

Tabela XIX - Correlações entre a Escala SPS-6, DE, TC e as variáveis Idade e Horas Diárias de Trabalho

	SPS-6	DE	TC	Idade	Horas diárias de trabalho
SPS-6					
DE	,683**				
TC	,628**	-,140			
Idade	,143	-,151	,355		
Horas diárias de trabalho	,285	,138	,240	,556**	

** p< 0.01

Após esta análise, procedeu-se a uma separação dos dados dos colaboradores por género e verificou-se que no **sexo masculino**, as pontuações da escala SPS-6 e a dimensão do TC apresentavam uma correlação positiva forte ($r = 0.785$, $p < 0.05$). Ainda no sexo masculino, constatou-se que as horas diárias de trabalho e a idade estavam correlacionadas fortemente e num sentido positivo ($r = 0.829$, $p < 0.05$).

No sexo feminino verificou-se que a dimensão TC estava moderadamente correlacionado com idade ($r = 0.675$, $p < 0.01$) e com as horas diárias de trabalho ($r = 0.577$, $p < 0.01$). Constatou-se uma moderada correlação positiva entre as pontuações da escala SPS-6 com a dimensão DE ($r = 0.748$, $p < 0.01$) e com a dimensão TC ($r = 0.560$, $p < 0.01$).

Capítulo 4 - Discussão dos Resultados e Conclusões

A avaliação do estado fisiológico e psicológico dos trabalhadores não só é importante em termos de responsabilidade social da organização, mas também em termos da sua competitividade (Pedro, 2007).

Foi objectivo deste trabalho mostrar a importância do capital humano na performance organizacional e demonstrar como a presença de presentismo pode reverter em consequências nefastas para as instituições, principalmente nas instituições de saúde.

É do conhecimento geral que os líderes das empresas preocupam-se mais frequentemente com as condições materiais da empresa do que com as pessoas (Soares, 2011). Ou seja, para todos os gestores/administradores é consensual que para ser produtivo o trabalhador tem que se sentir bem com o seu corpo, tem que ter saúde, estar mentalmente focado, emocionalmente envolvido e alinhado com a missão e estratégia da empresa, no entanto ainda existem poucos administradores que vêem os recursos humanos como um activo digno de investimento, ao invés de um custo para a organização.

O administrador do IMSC não é excepção e partilha desta antiga filosofia organizacional. Nesta instituição de saúde, que presta serviço aos utentes do SNS, não existe nenhuma política de saúde assim como nenhum programa de prevenção de situações de doença, ou de gestão de stress.

No que respeita à cultura organizacional o IMSC, ao contrário da seguradora australiana *Wolters Kluwer*, não incentiva a cultura do trabalhador saudável (que quando está doente deve ficar em casa), e, ao invés do que defende o director geral da saúde sobre as cadeias de contaminação, fomenta e valoriza a presença do trabalhador na instituição mesmo com doenças susceptíveis de propagação a terceiros.

Os resultados evidenciados no estudo do presentismo nesta instituição, revelaram assim, diversos problemas de saúde presentes nos colaboradores enquanto desempenham as suas tarefas. Foram apontados, como os problemas mais frequentes a nível físico, as raquialgias (dores de costas) e as infecções respiratórias, e a nível psicossomático o stress (**Objectivo I**). Estes resultados estão em sintonia com os

resultados aferidos no estudo realizado por Ferreira e Martinez (2011), a enfermeiras de um hospital público de Lisboa. No estudo referido, as lombalgias (dores lombares) e as infecções respiratórias foram os problemas de maior prevalência a nível físico, enquanto que o stress e a ansiedade foram referenciados em maioria a nível psicossomático. No entanto, no que respeita a um estudo realizado em 2003 a enfermeiras de um hospital dos EUA, as patologias encontradas diferem um pouco, uma vez que as enfermeiras dos EUA referiram as alergias, para além das dores lombares, como problema mais frequente.

A questão mantém-se: porque é que, à semelhança do que acontece noutras instituições de saúde, os colaboradores do IMSC vão trabalhar doentes?

Para além da já referida cultura organizacional que fomenta a prevalência de situações de presentismo, também o facto evidenciado pelo director geral de saúde e por Johns (2010), referente à existência de vínculos laborais precários e receio de penalizações, será um dos motivos que levam estes colaboradores a trabalhar doentes. Nesta instituição, poucos são os trabalhadores efectivos e mesmo essa "efectividade", no contexto actual, pouca segurança dá aos colaboradores. Para além de que, no IMSC a "não presença" no local de trabalho leva a penalizações remuneratórias.

Diversos autores (Johns 2010, e Ferreira e Martinez 2011), defendem que os profissionais do ramo da saúde demonstram níveis mais elevados de presentismo, do que profissionais de outros ramos. Este fenómeno pode ser explicado por uma sensibilização dos profissionais de saúde pela vulnerabilidade dos doentes e um sentimento de lealdade para com os mesmos. Os profissionais sabem que, ao faltar, os principais prejudicados serão os doentes.

À semelhança do que defendem os mesmos autores, no IMSC todos os profissionais de saúde criam uma ligação com os utentes, pois o tipo de serviço prestado é de média/longa duração, sendo por isso propício à criação de vínculos sentimentais. Também a pouca facilidade de substituição dos profissionais, favorece comportamentos de presentismo como Johns (2010) defende no seu modelo teórico. Ainda nesta instituição, apesar da cultura organizacional não entender os profissionais de saúde como activos, existe entre eles um grande espírito de equipa. Johns (2010), defende que quanto maior o espírito de equipa, maior a tendência para o presentismo. No caso IMSC, faltar implica uma sobrecarga para os outros colegas.

Todos os motivos apontados atrás, justificam os resultados de presentismo nesta instituição. Assim, enquanto que no estudo realizado por Ferreira e Martinez (2011), a enfermeiras de um hospital português, obtiveram-se pontuações médias na escala de SPS-6 de 3.36, no estudo do IMSC foram de 2.82. Consta-se desta forma, que o presentismo sentido pelos colaboradores do IMSC é superior ao presentismo sentido pelos enfermeiros do hospital, o que significa que estes últimos têm maior capacidade de cumprir com os objectivos do seu trabalho sem que hajam tantas alterações na sua performance.

No que respeita às dimensões do presentismo, relativamente ao constructo DE, os enfermeiros revelaram pontuações médias de 2.89, ao passo que nos colaboradores do IMSC verificaram-se valores médios de 2.20. Relativamente ao constructo TC os colaboradores evidenciaram pontuações médias de 3.43, enquanto que os enfermeiros demonstraram valores de 3.82. Pode-se concluir que os resultados de DE revelam menor capacidade de concentração no trabalho dos colaboradores do IMSC (comparativamente com os enfermeiros) quando apresentam problemas de saúde, enquanto que os resultados de TC demonstram que, sob influência de problemas de saúde, os colaboradores do IMSC não completam tão bem o seu trabalho como os enfermeiros hospitalares.

Existem assim evidências da presença de presentismo entre os colaboradores do IMSC (**Objectivo 3**). Importa acrescentar que estas conclusões têm de ser efectuadas com um sentido crítico uma vez que, enquanto no estudo realizado por Ferreira e Martinez (2011), existe só uma classe profissional em análise (enfermeiros), no estudo no IMSC, existem várias (médicos, terapeutas, auxiliares, administrativos e gestores).

Como defende Johns (2010), o tipo de função realizada influi na maior ou menor presença de presentismo. Este autor defende que funções mais exigentes e com maior especificidade incutem no profissional um maior sentido de responsabilidade (*accountability*), levando-o a comparecer no local de trabalho, mesmo com problemas de saúde. Transpondo esta teoria para o IMSC, nesta instituição de saúde existem diversos grupos profissionais (médicos, terapeutas - fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala -, técnicos auxiliares, administrativos e gerentes).

Tendo em conta que o IMSC apresenta, segundo Mintzberg (1995), uma estrutura de burocracia profissional, é no centro operacional que reside a maior

especificidade de funções (médico e terapeutas). Ao vértice estratégico (gestor) cabe a verificação de processos e a resolução de conflitos e ao apoio logístico (técnicos auxiliares e administrativos) importa apoiar e ajudar o centro operacional na concretização dos seus objectivos. Assim, não é de estranhar os diferentes níveis de presentismo encontrados nos diferentes profissionais.

Relativamente ao médico, este foi o profissional que apresentou valores mais elevados na escala de SPS-6 (3) e na dimensão DE (2.67). De notar que este profissional de saúde demonstrou a presença de pelo menos mais de dois problemas de saúde enquanto realiza as suas funções, não sendo tão afectado pelo presentismo como os restantes profissionais. Consegue-se verificar que as causas fisiológicas e psicossomáticas não influenciam os trabalhadores da mesma maneira, existindo um patamar abaixo do qual não existe influência notória ao nível do desempenho das funções (Martinez, Ferreira, Sousa, e Cunha, 2007).

No grupo de terapeutas do IMSC, os resultados foram na mesma ordem de valores do médico (um pouco mais baixos), tendo sido os terapeutas da fala os que obtiveram menores valores na escala SPS-6 e no constructo TC. Nesta instituição, os terapeutas da fala trabalham sempre com grupos da mesma faixa etária, sendo na sua maioria tratamentos longos. O menor índice de rotatividade e variedade dos utentes (comparativamente com os médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais), pode levar a um descontentamento dos profissionais, originando estes valores relativamente mais baixos na escala SPS-6 e no constructo TC.

Curiosamente o gestor foi o profissional com pontuações mais baixas no universo do IMSC, tendo obtido uma pontuação na escala de SPS-6 de 2.5 e no constructo TC de 2.67. Estes resultados evidenciam o maior nível de presentismo na instituição e pode estar relacionado com o tipo de liderança efectuada pelo gestor (líder mecanicista e burocrático, muitas vezes supervisor) ou com outros motivos de ordem pessoal/ organizacional.

As administrativas apresentaram os menores níveis de DE (2) e também as maiores pontuações em TC (3.78). Pode-se concluir que estas profissionais realizam o trabalho mas não com a qualidade necessária podendo ocorrer erros e omissões.

Os técnicos auxiliares apresentaram uma pontuação média na escala SPS-6 ao nível dos terapeutas, no entanto, apesar de o TC apresentar valores altos, a DE foi na mesma ordem de valores das administrativas (2.05). Mais uma vez, importa ressaltar os

perigos decorrentes da falta de atenção aquando de cuidados na área da saúde (lapsos e falhas humanas que envolvem mais custos e que podem ter consequências dramáticas).

(Objectivo 4)

No que concerne aos problemas de saúde mais frequentes, concluiu-se que no IMSC, os colaboradores que apresentaram stress, manifestaram os valores mais baixos de SPS-6 e de DE. Também a ansiedade e as raquialgias levaram a valores mais baixos de SPS-6 e de DE. Importa referir que, apesar da depressão não ser muito prevalente (afecta apenas 13.3% dos colaboradores), foi o problema de saúde que mais afectou a dimensão DE. **(Objectivo 2)**

A prevalência dos problemas de saúde pelos diferentes profissionais, depende muito do tipo de funções que executam. Os terapeutas, o médico e as técnicas auxiliares referiram, na sua maioria, sofrer de raquialgias, ao passo que o gerente e as administrativas não apresentaram este problema. Por sua vez, o stress é notoriamente sentido pelo gerente e pelos profissionais especializados e omitido, como problema de saúde, pelas administrativas.

Após análise das variáveis idade, horas de trabalho diárias, profissão e problemas de saúde, foi possível verificar que no IMSC, os profissionais entre a faixa etária dos 41-50 foram os que mais problemas de saúde apresentaram. A esta faixa etária, pertencem também os colaboradores que trabalham 8 horas diárias (ou mais) e, são os técnicos auxiliares que apresentam na sua maioria 41 a 50 anos e que trabalham mais horas no IMSC. Pode-se associar deste modo que, os técnicos auxiliares foram os que apresentaram mais problemas de saúde, o que se justifica tendo em conta que estes profissionais têm as funções fisicamente mais exigentes e organizacionalmente mais rotineiras. **(Objectivo 2)**

Johns (2010), defende que o género do colaborador tem influência no presentismo, alegando que os homens têm mais tendência para o presentismo e as mulheres para o absentismo. Contudo, o estudo realizado por Ferreira e Martinez (2011), a enfermeiros de um hospital público de Lisboa, constatou não existirem evidências significativas da correlação do género destes profissionais de saúde com o presentismo.

Este estudo vai de encontro a às conclusões do estudo dos autores acima referidos, uma vez que não foi encontrada nenhuma correlação significativa entre o

género e o presentismo, apesar de as mulheres apresentarem valores ligeiramente mais elevados na dimensão TC e mais baixos na dimensão DE, e os homens exactamente a associação oposta.

Foram verificadas correlações positivas no sexo masculino entre a o número de horas diárias de trabalho e a idade, o que pode indicar algumas características organizacionais desta instituição (colaboradores mais velhos trabalham mais horas diárias). No sexo feminino verificaram-se correlações positivas fortes entre a idade e o TC, o que pode indiciar maior espírito de pertença por parte das colaboradoras mais antigas.

Relativamente ao horário de trabalho, os colaboradores em regime de *part-time* eram maioritariamente os profissionais do centro operacional (médico e terapeutas que realizam funções noutras instituições). Verificou-se que os trabalhadores que trabalham 8 horas diárias apresentam menos níveis de concentração (menor pontuação na dimensão DE). No entanto, não foram descobertas correlações significativas entre as horas diárias de trabalho e as pontuações médias da escala SPS-6 e o mesmo se verificou entre as variáveis idade e pontuações da escala SPS-6.

Foram também descobertos diferentes valores de presentismo entre os diferentes profissionais o que pode levar a uma associação entre o tipo de funções (profissões) e a prevalência de presentismo. No entanto, não existiram relações estatisticamente significativas entre as profissões e as variáveis SPS-6 e DE. Somente o constructo de TC apresentou uma relação estatisticamente significativa com os diferentes tipos de profissões. **(Objectivo 6)**

Em suma, concluiu-se que existe presentismo no IMSC (comparativamente com os valores de presentismo obtidos noutros estudos), sendo a DE a que menores valores apresenta. Existe assim, para além de uma diminuição na produtividade, grande probabilidade de ocorrência de erros e falhas humanas no IMSC uma vez que, os colaboradores realizam as suas funções com menor capacidade de concentração.

Concluiu-se que trabalhadores com as mesmas funções e com o mesmo padrão de problemas de saúde apresentaram diferentes valores de presentismo, o que pressupõe que os problemas de saúde não afectam todos os trabalhadores da mesma maneira, como defendem Martinez, Ferreira, Sousa e Cunha, (2007), existindo assim uma possível interacção entre outros factores (*e.g.* factores organizacionais e pessoais) susceptível de influenciar a presença de presentismo (Johns, 2010). Em suma, o presentismo é um problema que encerra em si uma teia complexa de interacções (Ferreira e Martinez, 2011).

À semelhança de outras organizações, no IMSC "pensa-se mais no tapete do que em quem o pisa", pois não existe qualquer tipo de investimento na saúde dos profissionais de saúde.

Urge uma mudança de cultura nesta instituição, por forma a entender a importância de implementação de políticas de saúde, fazendo primeiro um diagnóstico das verdadeiras necessidades dos RH.

Neste estudo percebeu-se que as raquialgias, o stress e as infecções respiratórias são as doenças mais prevalentes nos colaboradores do IMSC. Após feito este diagnóstico, campanhas de gestão de stress, gabinetes diários de apoio aos profissionais com problemas de saúde (*e.g.* tratamento e prevenção de raquialgias) e políticas que privilegiem a ida para casa do trabalhador com infecções respiratórias susceptíveis de originarem cadeias de transmissão, deveriam ser implementadas. Um trabalhador saudável, mentalmente focado, emocionalmente envolvido com a missão e estratégia da empresa, segundo Soares (2011), é mais produtivo e eficiente na realização das suas funções.

Estudos (Burton, Chin-Vu, Conti, Schultz e Edington, 2006 citados por Ferreira e Martinez, 2011) evidenciaram que, trabalhadores que reduziram os seus comportamentos de risco (*e.g.* fumar, beber, tomar medicamentos inapropriados, não fazer exercício físico, não ter cuidado com a alimentação), melhoraram a sua produtividade. Demonstra-se, novamente, que a vigilância médica e o aconselhamento na saúde dos colaboradores, assume um papel crucial no que concerne ao desempenho profissional.

A análise das diferentes causas de presentismo (pessoais, organizacionais e sociais), o estudo do impacto destas causas na produtividade das instituições de saúde e

o estabelecimento de políticas de recursos humanos com o intuito de implementar soluções, devem ser questões a estudar por forma a sensibilizar os administradores de topo para a prevenção do fenómeno presentismo.

Conclui-se que existe uma janela de oportunidade para os gestores de recursos humanos das instituições de saúde diminuírem os efeitos negativos do presentismo nestas instituições e aumentarem a competitividade das mesmas.

Capítulo 5 - Limitações do Estudo

Este estudo apresenta algumas limitações que importam referir.

Apesar do estudo ter sido realizado à população de uma clínica particular de fisioterapia que presta serviço a utentes do SNS, os resultados não podem ser generalizados a restantes clínicas de prática privada com diferentes valências e muito menos à realidade hospitalar.

A população do IMSC foi questionada, por intermédio de uma das escalas mais utilizadas para aferir perdas de produtividade em contexto organizacional (SPS-6), contudo, podia-se ter utilizado também a escala WLQ-8, por forma a avaliar o impacto de doenças crónicas no contexto de trabalho, tornando mais robusto o estudo desta instituição.

A utilização da escala de Likert no questionário pode ter influenciado as respostas dos colaboradores, pelo que a fiabilidade dos resultados deve ser considerada.

Devido à ausência de estudos, e falta de estatísticas relativamente à taxa de absentismo anual do IMSC, não se conseguiu verificar se, há semelhança do estudo realizado pelo instituto holandês de investigação e consultoria em tecnologia e estratégia (em 2002 e 2004), existiu no IMSC, um ciclo vicioso onde o esgotamento ou fadiga física derivada do presentismo, traduziu-se num posterior absentismo.

Ao contrário do estudo realizado por Ferreira e Martinez (2011), aos enfermeiros de um hospital público de Lisboa, neste estudo não se colocaram questões de índole pessoal aos colaboradores (*e.g.* percepção do seu estado de saúde).

Não se influiu sobre perdas objectivas de produtividade, no entanto segundo Hemp (2004) existe uma relação directa entre a presença de presentismo e diminuições de produtividade.

Por último, neste estudo apenas se considerou como causa de presentismo a presença de problemas de ordem física ou psicossomática. Contudo, estudos de autores como Johns (2011) e Prochaska e colaboradores (2011), alertam para uma complementaridade de influência entre factores pessoais, sociais e organizacionais na presença deste fenómeno.

Sabendo da importância da cultura organizacional e do tipo de liderança na motivação dos colaboradores e sendo a motivação um factor preponderante na disponibilidade, no desempenho e na entrega dos colaboradores, estas dimensões deveriam ter sido analisadas com o intuito de perceber a influência das mesmas na prevalência de presentismo no IMSC.

Capítulo 6 - Proposta de Investigações Futuras

O presentismo é um problema que encerra em si uma teia complexa de interações. Assim, considera-se que a sua definição está em constante transformação devido em muito a novas interações descobertas entre dimensões pessoais e organizacionais.

Sugere-se que, em futuras investigações em instituições de saúde, estas dimensões sejam tidas em consideração, por forma a desmistificar o fenómeno presentismo, ajudando a solucionar este problema e a reduzir os custos que dele advêm.

Bibliografia

Monografias (livros):

Baron, A. e Armstrong, M., (2007). *Gestão do Capital Humano*. Lisboa: Instituto Piaget.

Fragata, J., Martins, L., (2004). *O Erro em Medicina - Perspectivas do Indivíduo da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Editora Almedina.

Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Pinto, J. e Curto, J., (1999). *Estatística para a Economia e Gestão - Instrumentos de apoio à tomada de decisão*. Lisboa: Edições Sílabo, 1ª Edição.

Rego, G. Nunes, R. (2010), *Gestão da Saúde*. Lisboa: Prata & Rodrigues, 1ª Edição.

Soares, J., (2011). *A Empresa como Organismo Vivo*. Lisboa: Guerra & Paz, 1ª Edição.

Periódicos científicos:

Cooper, C., Dewe, P., (2008). *Well-being- absenteeism, presenteeism, costs and challenges*. Oxford University Press: Occupational Medicine, 58, 522-524.

Ferreira, A., Martinez, L., Sousa, L., Cunha, J., (2010). *Tradução e Validação para a Língua Portuguesa das Escalas de Presentismo WLQ-8 e SPS-6*. Avaliação Psicológica, 9, 253-266.

Hemp, P., (2004). *Presenteeism: At work – but out of it*. Harvard Business Review, 82, 49-58.

Koopman, C., et al. (2002). *Stanford Presenteeism Scale: Health Status and Employee Productivity*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 44, 14-20.

Johns, G. (2010). *Presenteeism in the workplace: A review and research agenda*. Journal of Organizational Behavior, 31, 519–542.

Johns, G. (2011). *Attendance Dynamics at Work: The Antecedents and Correlates of Presenteeism, Absenteeism, and Productivity Loss*, Journal of Occupational Health Psychology, Vol. 16, N. 4, 483–500.

Martinez, L., Ferreira, A., Sousa, L., & Cunha, J. (2007). *A esperança é a última a morrer? Capital psicológico positivo e presentismo*. Comportamento Organizacional e Gestão, 13, 37-54.

Prochaska, J, et al (2011). *The Well-being Assessment for Productivity - A Well-being Approach to Presenteeism*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 53, 735-742.

Teses:

Pereira, H., (2009). *Gestão de Risco em Angioplastia Primária*. Tese de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. INDEG-ISCTE.

Silva, F., (2009). *Mudança da Cultura na Prática Médica para evitar o Erro*. Tese de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. INDEG-ISCTE.

Sousa, C., (2009). *A Liderança e a Cultura Organizacional num Grupo de Saúde Privado*. Tese de Mestrado em Gestão Empresarial. INDEG-ISCTE.

Imprensa:

Pedro, C. (2007), *Presentismo, a nova epidemia*, Jornal de Negócios, 14 de Junho.

Referências não publicadas retiradas da internet:

Ferreira, A., Martinez, L., (2011). *Sick at Work: Presenteeism among Nurses in a Portuguese Public Hospital*. Stress Health
Wiley Online Library
www.wileyonlinelibrary.com

Instituto Português de Qualidade, (2008). Norma Portuguesa: NP 4397,
acedido 26 de Outubro 2011,
http://www.anet.pt/downloads/legislacao/NP004397_2008.pdf .

Ministério da Saúde, (2011). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Cuidados de Saúde Hospitalares,
acedido 26 de Outubro de 2011,
<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/CSH2.pdf>.

Anexos

Anexo I - Autorizações para a Realização do Estudo

----- Forwarded message -----

From: **Joana Borges** <joana.r.borges@gmail.com>

Date: 2011/11/22

Subject: Autorização utilização escala SPS-6 para dissertação de mestrado INDEG/ISCTE

To: lmartinez@lis.ulisiada.pt

Caro Professor,

Sou aluna de Mestrado em Gestão no INDEG/ISCTE e, com o intuito de concluir a minha dissertação de mestrado, gostava de fazer uma análise do "Presentismo em Instituições de Saúde".

Para tal, gostaria de ter a sua **permissão** para utilizar a escala **SPS-6**, numa instituição de saúde privada (clínica de fisioterapia).

Agradeço desde já a sua disponibilidade para ler este e-mail,

Atentamente a aluna,

Joana Borges
966 574 069

----- Forwarded message -----

From: **Aristides Ferreira** <aristidesif@gmail.com>

Date: 2011/11/22

Subject: Re: Autorização utilização escala SPS-6 para dissertação de mestrado INDEG/ISCTE

To: Joana Borges <joana.r.borges@gmail.com>

Cara Joana,

dou autorização para utilização da escala validada para a pop. Portuguesa.

Veja este artigo que lhe envio. Se persistirem as dúvidas venha falar comigo, marcando um atendimento (D415) e terei todo o gosto em ajudar.

Cumps,

Aristides

Anexo II - Autorização do Estudo no Instituto de Massagens Senra da Cunha

Exmo. Senhor:

António Mário Senra da Cunha

Sócio-Gerente Instituto de Massagens Senra da Cunha

Oeiras, 15 de Novembro de 2011

Assunto: Autorização para recolha de informação

Como aluna do **Mestrado em Gestão de Empresas**, do INDEG/ISCTE e colaboradora, em regime de prestação de serviços, da instituição que dirige, venho por este meio solicitar a sua autorização para a realização de um estudo sob o tema: *Importância da Análise do Presentismo - Influência na Produtividade das Instituições de Saúde*, destinado à elaboração de uma dissertação para a obtenção do grau de mestre.

Para a realização deste estudo torna-se de fulcral importância a entrega e o preenchimento de um **questionário** aos funcionários e colaboradores da sua instituição, com o intuito de recolher informação sobre o seu estado fisiológico e psicológico enquanto exercem a sua actividade profissional.

O **presentismo** é um conceito utilizado para explicar o facto das pessoas estarem presentes no local de trabalho mas, devido a problemas de ordem física ou psicológica, não conseguirem cumprir na totalidade as suas funções. Deste modo, o presentismo limita a produtividade em termos de quantidade e qualidade do trabalho produzido, o que implica um **aumento de custos** para as empresas. Tendo em consideração o complicado panorama económico-financeiro actual, torna-se cada vez mais importante **avaliar este fenómeno**, analisar as suas causas e implementar soluções.

Em anexo segue uma cópia dos questionários destinados aos funcionários e colaboradores. Após a realização do estudo será **ofertado à instituição** uma cópia do mesmo.

Agradeço desde já a sua disponibilidade, solicitando a sua colaboração a qual é imprescindível para a elaboração deste estudo.

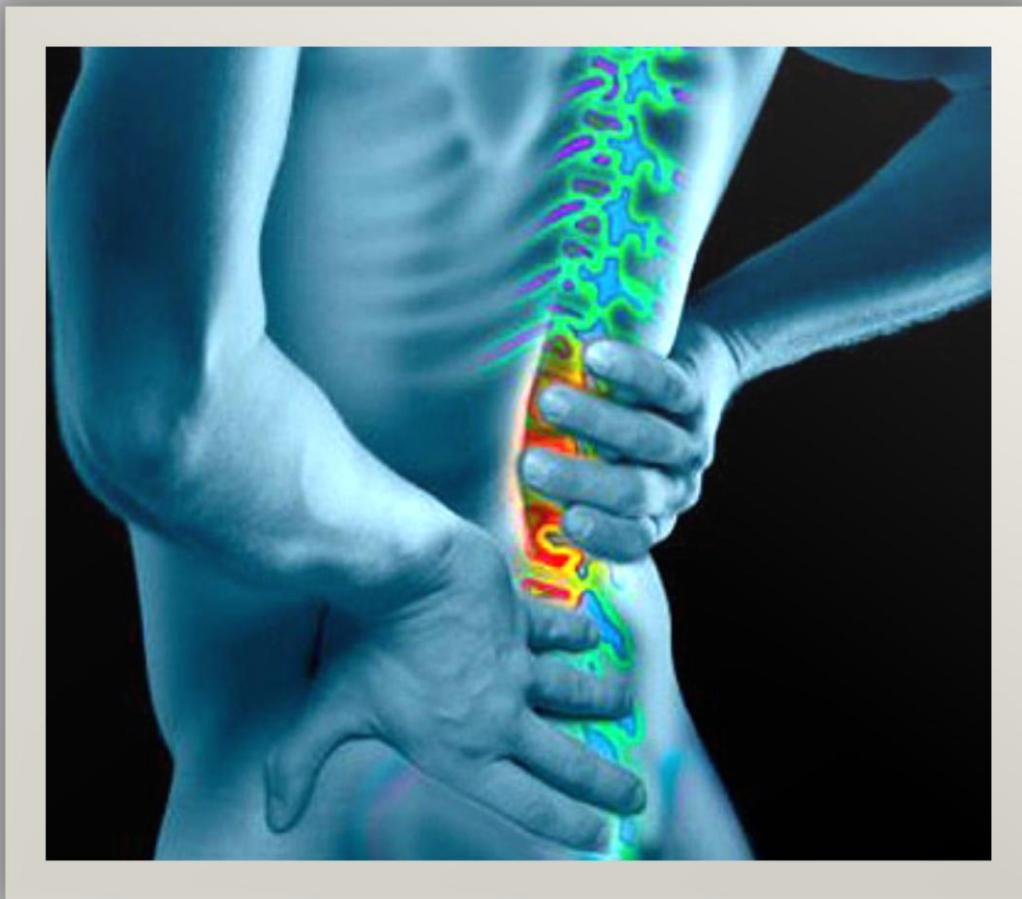
Atentamente a aluna,

Joana Maria Rodrigues Borges

Anexo III - Questionário Entregue aos Colaboradores Instituto Massagens Senra da Cunha

Questionário aos colaboradores do Instituto de Massagens Senra da Cunha:

A preencher pelos colaboradores:



Stanford Presenteeism Scale-6, Koopman et al (2002)

Traduzida e validada para a língua portuguesa por:

Ferreira et al (2010)

Caro(a) colaborador(a) do Instituto de Massagens Senra da Cunha,

O **presentismo** é um conceito utilizado para explicar o facto das pessoas estarem presentes no local de trabalho mas, devido a **problemas de ordem física** ou **psicológica**, não conseguem cumprir na totalidade as suas funções.

A pertinência deste estudo prende-se com as perdas de produtividade associadas às pessoas afectadas pelo presentismo no seu posto de trabalho.

Surge assim a necessidade de caracterizar as causas e consequências do fenómeno presentismo, por forma a sensibilizar os gestores de topo para a sua prevenção.

Neste contexto, solicito o preenchimento do questionário em anexo sendo que este é de **resposta voluntária, anónimo** e a informação dele retirada será **confidencial**, apenas destinada à elaboração de uma dissertação para obtenção do grau de mestre subordinada ao tema: *Importância da Análise do Presentismo - Influência na Produtividade das Instituições de Saúde*.

Os resultados deste estudo realizado no Instituto de Massagens Senra da Cunha, estarão disponíveis na biblioteca do ISCTE e do INDEG/ISCTE.

Agradeço desde já a vossa colaboração.

Atentamente,

Joana Maria Rodrigues Borges

Caracterização Sócio-Profissional

Idade

- ≤20 21-30 31-40 41-50 51-60 ≥61

Sexo

- Masculino Feminino

Profissão

- Médico Sócio/Gestor
 Fisioterapeuta Administrativa
 Terapeuta ocupacional Auxiliar de
 Terapeuta da fala fisioterapia e massagem de reabilitação

Horário de trabalho diário

- <8 horas diárias 8 horas diárias >8 horas diárias Isenção de horário

Caracterização Problemas de Saúde Colaboradores

Assinale o(s) problema(s) de saúde que sentiu no último ano, enquanto desempenhava as suas funções profissionais:

Problemas de Saúde	Sim	Não
Alergias e sinusite		
Dermatite (problemas de pele)		
Depressão		
Stress		
Ansiedade		
Cefaleias e enxaquecas (dores de cabeça)		
Infeções respiratórias (gripe, constipações)		
Asma		
Refluxo gastro-esofágico (azia ou má disposição)		
Raquiálgias (dores nas costas)		
Hipertensão arterial		
Dores Menstruais		

Stanford Presenteeism Scale-6 (SPS-6)

Relativamente ao seu desempenho profissional no último ano, responda a cada afirmação circulando o número **1, 2, 3, 4, 5** que melhor corresponde à sua resposta. Lembre-se que este questionário é inteiramente confidencial.

Grelha de Classificação

1 discordo totalmente	2 discordo	3 sem opinião	4 concordo	5 concordo totalmente
------------------------------------	----------------------	-------------------------	----------------------	------------------------------------

Itens da Escala SPS-6

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

Muito obrigada pela sua colaboração

* Problema de saúde - Dor de costas, alergias, sinusite, enxaquecas, gripe, constipação, depressão ou outro problema de saúde mencionado na tabela da página anterior.