

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Roosi Eloiza Bolzan Zanon

**PRESENTEÍSMO E CULTURA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE
HOSPITALAR**

**Santa Maria, RS
2019**

Roosi Eloiza Bolzan Zanon

PRESENTEÍSMO E CULTURA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Grazielle de Lima Dalmolin

Santa Maria, RS
2019

Zanon, Roosy Eloiza Bolzan
Presenteísmo e Cultura de Segurança no Ambiente
Hospitalar / Roosy Eloiza Bolzan Zanon.- 2019.
113 p.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2019

1. Presenteísmo 2. Cultura de segurança 3. Segurança do
paciente 4. Saúde do trabalhador 5. Enfermagem I. Título.

Roosi Eloiza Bolzan Zanon

PRESENTEÍSMO E CULTURA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovada em 25 de abril de 2019:

Graziele de Lima Dalmolin, Dra. (UFSM)
(Presidente-Orientadora)

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho, Dra. (UECE)

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dra. (UFSM)

Rafaela Andolhe, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Lorena, minha mãe.
Mulher pequena de alma grande, eloquente e bem-humorada.
Meu exemplo de mulher trabalhadora, hábil nas lidas domésticas e na costura.
Mãe de cinco, trabalhou muito para que pudéssemos ser e crescer.
Meu agradecimento e saudade eternos.

AGRADECIMENTO

Meu agradecimento, primeiramente, aos trabalhadores do hospital que aceitaram participar desta pesquisa, contribuindo para a evolução da pesquisa em saúde. Sem eles não seria possível atingir este resultado, o qual, desejamos, possa trazer contribuições para melhorias organizacionais que impactem positivamente na sua saúde e segurança.

Agradeço a Grazielle, minha orientadora, por sua compreensão quanto à minha condição de estudante-trabalhadora, transitando entre a pesquisa e o trabalho, pela liberdade que me proporcionou na condução dos estudos ao mesmo tempo em que me ajudava a manter o foco. E por ter me colocado o desafio de estudar a saúde do trabalhador na interface com a segurança do paciente. Tenho um novo olhar sobre o profissional da saúde, sobre minha trajetória nesta área, sobre a força do trabalho coletivo na saúde e na segurança das pessoas. E um profundo respeito e agradecimento por todos os que lutaram, antes de nós, para que pudéssemos ter um sistema da saúde público e de qualidade.

Sou grata aos colegas mestrandos que trabalharam no projeto e na árdua tarefa de coletar dados, especialmente a Monique, minha parceira nesta etapa. Agradeço a Daíse pelas conversas descontraídas, descargas para alívio do estresse. Aos colegas do grupo de pesquisa GTESSP que trabalharam nas coletas, em especial a Tais. Entendo melhor, hoje, que as pesquisas existem por que existem as parcerias, e que a ciência é um processo dolorido e solitário às vezes, mas que avança pela força do trabalho coletivo e solidário.

Agradeço a minha instituição, por poder desfrutar o direito ao afastamento parcial para capacitação, e aos que lutaram por este direito. E o apoio das colegas de trabalho, nesta minha jornada pela pesquisa. Às minhas amigas, colegas de atelier, que me aguardaram, ansiosas, por nosso encontro semanal, para beber um vinho (tinto seco) e relaxar, enquanto fluem conversas e risos. Uma terapia de grupo que todo mundo deveria experimentar.

Por fim, sou muito grata a minha família, pelas pessoas que são e representam na minha vida. Aos meus pais, Alcides e Lorena, minhas irmãs Josi, Magda e Suzi e meu irmão Alcione. Agradeço a sorte de ser casada com a melhor pessoa que conheço, Homero, e aos nossos filhos, Franco e Theo, lindos e amorosos, que me ensinam todo dia a ser mãe. Meus amores. Tenho muito a agradecer pelas pessoas que caminharam e caminham comigo, e ao mistério divino, que nos guia na aventura da vida.

“Onde quer que haja mulheres e homens,
há sempre o que fazer,
há sempre o que ensinar,
há sempre o que aprender.”

Paulo Freire

RESUMO

PRESENTEÍSMO E CULTURA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE HOSPITALAR

AUTORA: Roosi Eloiza Bolzan Zanon

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Grazielle de Lima Dalmolin

A interface Saúde do trabalhador e Segurança do paciente foi observada com foco no presenteísmo e na cultura de segurança. Comparecer ao trabalho com sinais ou sintoma de adoecimento pode afetar a produção do trabalhador e, no contexto do trabalho na saúde, pode afetar a segurança do paciente. Esta pesquisa apresentou como objetivo avaliar a associação do presenteísmo de profissionais de saúde com a cultura de segurança do paciente, em ambiente de atenção hospitalar. Integrou o projeto matricial “Cultura de segurança do paciente e agravos à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar”, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer número 2.447.277 de 19 de dezembro de 2017. Trata-se de estudo epidemiológico observacional, transversal, desenvolvido em hospital de ensino, público, de nível terciário, 100% SUS, referência em saúde para a região centro do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados entre março e agosto de 2018, por meio de um questionário para caracterização sociodemográfica, laboral e perfil de saúde; e dois instrumentos auto-aplicáveis, validados no Brasil, para medir o presenteísmo e a cultura de segurança: a *Stanford Presenteeism Scale* e o *Safety Attitudes Questionnaire–Short Form*, respectivamente. Após, foram analisados por estatística descritiva e analítica. Foram respeitados os critérios da Resolução 466/2012, que regula a pesquisa com seres humanos. Participaram do estudo 758 profissionais, a maioria do sexo feminino (78,5%), idade mediana de 40 anos, com companheiro/a (75,2%), com filhos (66,9%), e pós-graduados (58%). Os resultados foram apresentados no formato de dois artigos, um de avaliação do presenteísmo e outro da associação de presenteísmo e clima de segurança do paciente. Artigo 1: “Presenteísmo de profissionais da saúde em ambiente hospitalar” - Prevalência de 43,5% de presenteísmo; 13,7% tiveram perda de produtividade; esteve associado às variáveis: sexo, setor de trabalho, cargo, intenção de deixar o trabalho, sono, atividade física, lazer, diagnóstico médico, uso de medicamentos e afastamento no último ano. Artigo 2: “Presenteísmo de profissionais da saúde: qual sua associação com o Clima de segurança do paciente?”- Entre os presenteístas a maioria avaliou o clima de segurança negativamente, com exceção dos domínios Satisfação no trabalho e Reconhecimento do estresse. O clima de segurança teve média de 65,74 (DP=13,34). Identificaram-se associações entre presenteísmo e clima de segurança geral, e com os domínios Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Reconhecimento do estresse e Condições de trabalho. Conclusão: Alta prevalência de presenteísmo, que afetou a produtividade de parcela dos profissionais. A cultura de segurança do paciente está aquém do ideal. O estado de saúde influenciou nesta avaliação, com exceção da Percepção da gerência e Satisfação no trabalho, avaliadas respectivamente como negativa e positiva, sem diferença entre os grupos. Preocupação com colegas e pacientes e a satisfação no trabalho foram identificados como os pontos de apoio para mudanças na cultura, com necessária aproximação da gestão para um diálogo contínuo sobre cultura de segurança.

Palavras-chave: Presenteísmo. Cultura de segurança. Segurança do paciente. Saúde do trabalhador. Profissional de saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

PRESENTEEISM AND SAFETY CULTURE IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

AUTHOR: Roosi Eloiza Bolzan Zanon

ADVISOR: Prof. Dr. Grazielle de Lima Dalmolin

The Worker Health and Patient Safety interface was observed with a focus on presenteeism and safety culture. Attending to work with signs or symptoms of illness can affect the worker's production and, in the context of health work, can affect patient safety. This study aimed to evaluate the association between presenteeism of health professionals with the safety culture of the patient, in a hospital care setting. This is part of the matrix project "Patient safety culture and injuries to the health of workers in a hospital environment", approved by the Research Ethics Committee under the number 2,447,277 of December 19, 2017. This is an observational epidemiological study, cross sectional, developed in a teaching hospitals, public, tertiary level, 100% SUS, reference in health for the central region of Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected between March and August of 2018, through a questionnaire for sociodemographic characterization, work and health profile; and two self-applicable instruments, validated in Brazil, to measure presenteeism and safety culture: Stanford Presenteeism Scale and Safety Attitudes Questionnaire-Short Form, respectively. Afterwards, they were analyzed by descriptive and analytical statistics. The criteria of Resolution 466/2012, which regulates research with human beings, were respected. 758 professionals participated in the study, most of them female (78.5%), median age 40 years, with companions (75.2%), with children (66.9%), and postgraduate students (58 %). The results were presented in the format of two articles, one of evaluation of presenteeism and another of the association of presenteeism and patient safety climate. Article 1: "Presenteeism of health professionals in a hospital environment". Prevalence of 43.5% of presenteeism; 13.7% had lost productivity; was associated with the following variables: sex, work sector, position, intention to leave work, sleep, physical activity, leisure, medical diagnosis, medication use and leave in the last year. Article 2: "Presenteeism of health professionals: what is its association with the patient safety climate?" Among the presenteeists, the majority evaluated the safety climate negatively, except for the domains Job satisfaction and Stress recognition. The safety climate general had an average of 65.74 (SD = 13.34). We identified associations between presenteeism and safety climate general, and with the domains of Teamwork climate, Safety climate, Stress recognition and Working conditions. Conclusion: High prevalence of presenteeism, which affected the productivity of professionals. The patient safety culture is far from ideal. Health status influenced this evaluation, with the exception of Perceptions of management and Job satisfaction, evaluated respectively as negative and positive, without difference between groups. Concern for colleagues and patients and job satisfaction have been identified as the support points for changes in culture, with a necessary management approach for an ongoing safety culture dialogue.

Keywords: Presenteeism. Safety culture. Patient safety. Occupational health. Health personnel. Nursing.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 – Descrição das variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais de saúde. RS, Brasil, 2018.....	51
Tabela 2 – Média, mediana, mínimo e máximo nas pontuações e escores da SPS-6 e suas dimensões, TF e DE, na avaliação de profissionais de saúde, n=330. RS, Brasil, 2018.....	52
Tabela 3 – Frequência de baixo presenteísmo e alto presenteísmo de profissionais de saúde hospitalares, associados às variáveis sociodemográficas e perfil de saúde. RS, Brasil 2018	54
Tabela 4 – Frequência de baixo presenteísmo e alto presenteísmo de profissionais de saúde hospitalares, associados às variáveis laborais. RS, Brasil, 2018	55

ARTIGO 2

Tabela 1 – Descrição do perfil laboral dos profissionais de saúde, n=758 (100%). RS, Brasil, 2018.....	72
Tabela 2 – Análise descritiva do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) e suas dimensões. RS, Brasil, 2018.....	73
Tabela 3 – Análise bivariada da cultura de segurança com presenteísmo. RS, Brasil, 2018.....	73

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	11
1.2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
1.2.1	O trabalho na saúde e a saúde do trabalhador no contexto hospitalar.....	16
1.2.2	Presenteísmo	21
1.2.3	Cultura de Segurança do Paciente	24
1.2.4	Interface Saúde do trabalhador e Segurança do paciente	30
1.3	PROPOSIÇÃO	31
1.3.1	Objetivo geral	31
1.3.2	Objetivos específicos	31
1.4	MATERIAIS E MÉTODOS	32
1.4.1	Tipo de estudo	32
1.4.1.1	<i>O projeto matricial: Cultura de segurança do paciente e agravos à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar</i>	32
1.4.2	Cenário do estudo	34
1.4.3	Participantes do estudo	36
1.4.4	Instrumentos de coleta de dados	36
1.4.5	Coleta de dados	41
1.4.6	Análise estatística dos dados	42
1.4.7	Considerações éticas	42
2	ARTIGO 1 – PRESENTEÍSMO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR.....	44
3	ARTIGO 2 – PRESENTEÍSMO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: QUAL SUA ASSOCIAÇÃO COM A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE?	67
4	DISCUSSÃO	83
5	CONCLUSÃO	90
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	102
	APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	104
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	105
	ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE PRESENTEÍSMO	107
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA	108
	ANEXO C – REGISTRO DO PROJETO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL	109
	ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	110
	ANEXO E – AUTORIZAÇÃO PARA USO DOS DADOS DA PESQUISA	113

1 APRESENTAÇÃO

O trabalho ocupa posição central na existência humana, criando e participando de múltiplas situações na vida, indiscutivelmente agradáveis e enriquecedoras, algumas, e desagradáveis e opressoras, outras. É o trabalho que nos diferencia do reino animal, diz Marx (1983), sendo uma condição necessária e permanente, assumindo formas históricas específicas nos diferentes modos de produção da vida humana. É um processo entre o homem e a natureza, onde o homem coloca sua força física e mental, produzindo mudanças na natureza e em si mesmo.

As formas de organização do trabalho e as sociedades variam e se modificam com o passar do tempo (MERHY e FRANCO, 2008), assim como a humanidade. Na sociedade de produção capitalista, que ainda vivenciamos, o trabalho apresenta-se dividido, com os trabalhadores especializados em parcelas, em partes do trabalho ou em algumas atividades, necessitando de um gerente para controlar o processo.

O trabalho em saúde mantém esta característica, da divisão técnica, como forma de organização deste trabalho coletivo, para a produção do cuidado a seres humanos com problemas de saúde, realizado por diferentes grupos profissionais (PIRES, 2008). É sempre realizado de forma coletiva, conforme Merhy e Franco (2008), pois não há como dar conta, sozinho, das necessidades de saúde do usuário. O objeto real do trabalho na área da saúde é o cuidado a quem tem necessidades de saúde. E se realiza, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, ou seja, “o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado” (MERHY e FRANCO, 2008; p.430). Na forma de organização do trabalho na saúde, Pires (2008) identifica um processo de cuidar fragmentado, com distanciamento entre concepção e execução do cuidado. Há padronização e distribuição de tarefas entre os diferentes profissionais, cabendo ao cuidador o cumprimento destas, com distanciamento do entendimento e controle do processo. As atividades estão hierarquizadas e a força de trabalho tem diferentes valores, expressos em diferentes remunerações (PIRES, 2008).

As especificidades do trabalho realizado na saúde implicam custos a saúde do trabalhador (HENNINGTON, 2008; RIOS, 2008). Mobilização intensa das capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, somados a troca de afetos e de saberes, a necessidade de socialização, cooperação e criação de grupos e redes, exigem muito dos trabalhadores (HENNINGTON, 2008). No atual mundo globalizado e neoliberal, a face da precarização e da flexibilização das relações de trabalho, reflete a insegurança do trabalhador

(ANTUNES e ALVES, 2004). Na área da saúde, esta situação de instabilidade no trabalho, representa uma preocupação maior. Apontada como contribuinte para o adoecimento do trabalhador, já fragilizado pelas exigências laborais, pode contribuir para que este compareça doente no ambiente de trabalho. Considerando a interferência destes fatores na qualidade da assistência prestada ao usuário, que é o resultado do trabalho na saúde, esta preocupação se justifica.

Caracterizado pela presença do trabalhador no seu local de trabalho, sem condições plenas de saúde, temos o conceito de presenteísmo (HEMP, 2004; JOHNS, 2010). Enquanto o absenteísmo significa ausência crônica ao trabalho ou a outras obrigações, presenteísmo trata do comparecimento ao trabalho, apesar da sensação de estar doente. Situações que afetam a produtividade no trabalho (HEMP, 2004; JOHNS, 2010) e, na área da saúde, pode afetar o cuidado ao paciente e comprometer a sua segurança (REVUELTA, 2014; UMANN, GUIDO e GRAZZIANO, 2012). Além do medo de perder o emprego, fatores individuais e organizacionais também são levantados como contribuintes, como o receio de sobrecarregar os colegas e prejudicar os pacientes, se faltar ao trabalho (UMANN, GUIDO e GRAZZIANO, 2012; FARIA, 2016).

A preocupação com a segurança dos pacientes nos ambientes de cuidado é o novo paradigma da saúde. Surge para proteger os pacientes das falhas que podem ocorrer no sistema, nos diferentes níveis de atenção. A partir de estudos que evidenciaram a fragilidade desse sistema e a ocorrência de erros colocando em risco o paciente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a *World Alliance for Patient Safety*, em 2004, com o objetivo de dedicar atenção, coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a Segurança do Paciente (BRASIL, 2014).

No Brasil, o movimento de Segurança do Paciente (SP) conformou-se na Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, o PNSP (BRASIL, 2013a), com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado nos estabelecimentos de saúde do território nacional. Após, veio a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, criando e determinando princípios, diretrizes e competências dos Núcleos de Segurança do Paciente, como órgãos de responsabilidade e poder para executar as ações do PNSP em Serviços de Saúde (BRASIL, 2013b).

O tema já vinha ganhando força no campo da enfermagem e, em 2008, foi criada, oficialmente, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP).

Firmada como uma estratégia de articulação e de cooperação técnica entre instituições direta e indiretamente ligadas à saúde e à educação de profissionais de saúde, com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade (REBRAENSP, 2018).

Uma assistência segura e com qualidade reduz eventos adversos (EA) ou mitiga seus efeitos. EA decorrentes de erro humano acontecem com frequência nos estabelecimentos de saúde, gerando danos e, muitas vezes, causando o óbito de pacientes (KOHN, CORRIGAN e DONALDSON, 2000). Os riscos associados aos sistemas, processos e procedimentos necessários ao atendimento do paciente devem ser conhecidos, descritos e informados, possibilitando elaborar planos a fim de evitá-los ou reduzir o impacto de suas consequências aos usuários.

Os EA representam perdas impossíveis de quantificar para a família, a sociedade e a instituição, porém geram custos materiais que podem ser mensurados, e vão desde aumento do tempo de internação e de recursos para cuidar do paciente, até processos judiciais, com pagamento de indenizações. Um estudo, em três hospitais do Rio de Janeiro, evidenciou a magnitude financeira dos EA, chegando a um valor médio, pago pelo atendimento aos pacientes que sofreram EA, 200,5% superior ao valor pago aos pacientes que não sofreram EA (PORTO et al., 2010). O II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil (2018) acompanhou 445.671 pacientes de 182 hospitais e identificou que os EA ocorreram em 7,0% desta população; EA graves determinaram um prolongamento no tempo de internação, em média 12 dias. A Agência Nacional de Saúde Suplementar estimou a média de despesas por leito-dia em R\$ 2.341,00. Estes dados apontam o desperdício de recursos e de leitos, impossibilitando a internação de 927.972 novos pacientes, em 2017 (COUTO et al., 2018). É possível que estes valores estejam subestimados, considerando a subnotificação de EA nas instituições de saúde, e a má qualidade dos registros em prontuários.

Especialistas na área de qualidade e gestão de riscos propõem estratégias de segurança, visando os processos de trabalho na saúde, a sua organização, passando pelas condições de trabalho e controle das demandas (VINCENTE e AMALBERTI, 2016). Melhorar as condições de trabalho é um objetivo central do estudo dos fatores humanos. Esta ciência busca promover eficiência, segurança e eficácia, melhorando o design de tecnologias, processos e sistemas de trabalho (RUSS et al., 2013).

A complexidade do trabalho no contexto hospitalar exige trabalhadores capacitados para a gestão da qualidade, centrada nos processos de trabalho, com avaliação e prevenção de riscos. A qualidade compreende “o grau com que os Serviços de Saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento

profissional atual” (OMS, 2011, p.17), e deve nortear todos os processos institucionais. Para que profissionais se dediquem a monitorar e melhorar a segurança, é preciso investir tempo para tais atividades. É preciso eliminar as tarefas desnecessárias, reduzindo a carga sobre os profissionais, pois drenam recursos e, paradoxalmente, ameaçam a segurança (VINCENTE e AMALBERTI, 2016, p.88-90).

Atingir melhores níveis de segurança para o paciente está intimamente relacionado a melhores condições e organização do trabalho, repercutindo, também, em benefícios à saúde do trabalhador, que atua diretamente na assistência, e também sofre quando um EA acontece. Neste contexto, a saúde do trabalhador tem papel fundamental, devendo ser tratada como requisito básico da qualidade assistencial.

Esta investigação partiu da seguinte questão: existe associação de presenteísmo com a cultura de segurança entre profissionais de saúde, no ambiente hospitalar?

Com o objetivo de identificar as tendências das pesquisas nacionais acerca do presenteísmo de trabalhadores da área da saúde, foi conduzida uma revisão no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando o termo de busca “presenteísmo”, sem recorte temporal ou uso de outros filtros. Foram analisadas sete dissertações e duas teses: todas incluíram profissionais de enfermagem, uma incluiu todos os profissionais de uma unidade e outra incluiu um grupo de pacientes. O resultado evidenciou que as pesquisas brasileiras, neste tema, careciam ampliar o conjunto de participantes, envolvendo outras categorias profissionais atuantes no hospital.

Em outra busca, realizada nas bases de dados em outubro de 2017 e repetida em julho de 2018, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed, utilizando o descritor “presenteísmo”, associando as palavras “cultura de segurança do paciente” e seus respectivos correspondentes em inglês e espanhol, foram encontrados apenas dois artigos, croatas. Estes, resultados de pesquisas transversais, avaliaram a associação de cultura de segurança do paciente e presenteísmo, um com enfermeiros de um hospital geral (BRBOROVIĆ, H. et al., 2014), e outro com médicos e enfermeiros de dois hospitais (BRBOROVIĆ e BRBOROVIĆ, 2017). Diante disso, observou-se a necessidade de realizar estudos que avaliem a associação destas condições, com trabalhadores de saúde, no cenário nacional.

A fim de saber quais ‘fatores humanos’ estão associados à cultura de segurança em ambiente hospitalar, uma revisão integrativa foi realizada, em maio de 2017, na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados Bibliográfica Especializada na Área de Enfermagem (BDENF), via Biblioteca Virtual de Saúde. Em busca avançada, utilizando os descritores não controlados (palavras-

chave): cultura organizacional, administração da segurança, gestão do perigo, erro humano e cuidados terciários de saúde; com todos os possíveis descritores controlados e não controlados e seus sinônimos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Considerando título, resumo e descritores das produções, sem recorte temporal, foram selecionados artigos de pesquisas primárias, na temática, e disponíveis nas bases. Excluídos os estudos metodológicos e os duplicados considerados apenas uma vez, restaram 58 produções na LILACS e 12 na BDENF. Após leitura destes resumos foram selecionados 13 artigos para a leitura na íntegra. Eram estudos descritivos (a maioria) ou qualitativos, nível de evidência 6. Todos incluíram a enfermagem, de diversas áreas do hospital, cinco incluíram outros profissionais de saúde e um abordou cuidador/acompanhante. Apontaram a importância das notificações de incidentes para a cultura de segurança e evidenciaram um aumento destas notificações nas instituições. No entanto, a cultura punitiva predominou nos estudos, resultando no receio de notificar incidentes e na avaliação negativa em relação às gerências, inibindo a comunicação. Fatores da organização e condições de trabalho, como falta de pessoal, por exemplo, também foram levantados como interferentes na cultura de segurança no hospital.

A partir das revisões identificou-se que há dois instrumentos, validados no Brasil, para avaliar a cultura de segurança (CARVALHO, CASSIANI, 2012; REIS et al., 2016). Neste estudo foi aplicado o *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form* (SAQ), traduzido como Questionário de Atitudes de Segurança, mede a atitude e a percepção do clima de segurança em trabalhadores de instituições de saúde (CARVALHO, CASSIANI, 2012). Foi escolhido pelas suas propriedades e também por já ter sido utilizado em pesquisa anterior, no mesmo local de estudo, em 2014, permitindo assim uma avaliação da evolução da cultura de segurança nesta instituição.

Para avaliação do presenteísmo, há vários instrumentos e quatro foram traduzidos para o português do Brasil (PEREIRA, 2014). A temática já foi abordada na instituição cenário do estudo em pesquisa com enfermeiros que cuidavam de pacientes críticos e potencialmente críticos, no qual foi aplicado o Questionário de limitações no trabalho (WLQ), (UMANN, GUIDO e GRAZIANO, 2012). A abordagem mais comum para medir o presenteísmo é aquela em que o próprio trabalhador avalia o seu comprometimento, pela autopercepção do quanto sua doença, ou os sintomas desta, o impedem de realizar as atividades físicas, mentais e interpessoais para atender e dar conta das demandas do trabalho (PASCHOALIN et al., 2013). A *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6) se aplica nessa perspectiva e foi escolhida para avaliar o presenteísmo na população do estudo.

Esta pesquisa insere-se na linha ‘Trabalho e gestão em enfermagem e saúde’ do programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFMS. E na linha ‘Interfaces entre trabalho, saúde do trabalhador e segurança do paciente’, do Grupo de pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do Paciente. Apresenta como objeto de estudo o presenteísmo de trabalhadores de saúde hospitalar e a cultura de segurança do paciente. Este se justifica pelo movimento internacional de segurança do paciente, pelas implicações que a saúde dos trabalhadores tem na qualidade da assistência prestada no âmbito hospitalar, e também pelo impacto que o clima de segurança tem na saúde do trabalhador. Acrescida a importância de incluir outros trabalhadores de saúde, além da enfermagem e medicina, nas pesquisas da interface saúde do trabalhador e segurança do paciente.

Esta temática veio ao encontro da vivência e experiência profissional de 24 anos de atuação na enfermagem hospitalar, 13 dedicados ao cuidado intensivo em pediatria, oito à hemoterapia e hemovigilância e, os últimos três, à Segurança do Paciente na Gestão de Riscos Assistenciais. Trabalhar na prevenção e na avaliação de incidentes de segurança do paciente é atuar diretamente nesta interface.

O estudo das relações entre a saúde do trabalhador de saúde e a cultura de segurança do paciente, em diferentes cenários, possibilita identificar pontos de apoio e melhorias para qualidade de vida deste trabalhador e para a qualidade da assistência ao paciente.

1.2 REFERENCIAL TEÓRICO

1.2.1 O trabalho na saúde e a saúde do trabalhador no contexto hospitalar

Não há vida sem trabalho. E nele está envolvido o ser humano, como um todo, sendo impossível separar o que somos deste processo. Ocorre entre o homem e a natureza, onde o homem

“... põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporeidade, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil à própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza.” (Marx, 1983, p.149)

Assim a existência humana é produzida com a participação do trabalho, que, não se reduzindo ao emprego ou atividade laborativa, vai além da dimensão mais crítica que é a manutenção da vida biológica, respondendo às necessidades de vida intelectual, cultural, social, estética, simbólica, lúdica e afetiva (FRIGOTTO, 2008). Fator de integração do

indivíduo a grupos, com certos direitos sociais, tem também uma função psíquica, estrutura importante na constituição do sujeito e de sua rede de significados. O reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, mais do que relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade (LANCMAN, 2004, p. 29). O que o coloca nas esferas da necessidade e da liberdade, inseparáveis na existência humana.

O psiquiatra e psicanalista francês Christophe Dejours (2004), nos estudos em psicodinâmica do trabalho, discorre sobre como prazer e sofrimento andam juntos, nesta área do fazer humano, e fala em *constrangimentos do trabalho*, situações que geram sofrimento psíquico. E cita como exemplos o medo de acidentes, a angústia imposta pelo ritmo e limites de tempo, a repetição e o aborrecimento, o medo de sofrer agressões, a pressão das autoridades e da hierarquia, o medo da demissão (DEJOURS, 2004, p.16). A estas características somam-se as específicas dos espaços de atenção à saúde: o próprio ambiente insalubre, a escala com regime de turnos e plantões, a proximidade com os pacientes e o seu sofrimento, a mobilização de emoções e conflitos, e o desestímulo da remuneração baixa. Condições que tornam esses trabalhadores susceptíveis ao sofrimento psíquico e ao adoecimento, potencializando os riscos à sua saúde (RIOS, 2008). Outras exigências do mundo do trabalho contemporâneo adicionam mais pressão a este trabalhador: estar preparado para a constante e acelerada incorporação de novos conhecimentos e tecnologias, para o desenvolvimento contínuo de habilidades em comunicação e de manejo de informações. A convivência diária com o sofrimento e a “profunda e irremediável implicação com o universo da saúde e da doença, da vida e da morte e as inevitáveis repercussões no corpo e na mente” (HENNINGTON, 2008, p.560).

Apoiada nos preceitos neoliberais, pelo processo de acumulação flexível, as condições e relações de trabalho sofreram muitas mudanças a partir dos anos 90 (ANTUNES, 2011). A busca da maximização do lucro gerou uma nova forma de exploração e controle da força de trabalho, levando a desregulamentação dos direitos sociais e trabalhistas, reduzindo o número de trabalhadores, aumentando a terceirização, incentivando o trabalho precário e parcial e aumentando o desemprego (ANTUNES, 2011; ANTUNES, PRAUN, 2015). Um estudo apontou que o neoliberalismo tem impactos negativos no trabalho hospitalar de enfermagem, com inadequação da distribuição dos recursos materiais; uso intenso de tecnologias no processo de cuidar; alta rotatividade de trabalhadores contratados devido aos baixos salários e à precarização das condições laborais (GONÇALVES et al., 2015).

O trabalho na área da saúde também se caracteriza pela fragmentação usual do trabalho, “parcelização” de tarefas, separação entre o planejamento e a execução (reduzindo a

criatividade, o controle e autonomia do trabalhador); associadas à realização de procedimentos, à hierarquia de organização de serviços, de incorporação de tecnologias e de configuração dos modelos tecnoassistenciais, num ambiente permeado por diferentes riscos físicos, biológicos, químicos, mecânicos, ergonômicos, entre outros (BARROS, SANTOS FILHO e GOMES, 2012; CAMELO et al., 2014).

O Ministério da Saúde define ‘trabalhador de saúde’ como o “indivíduo que se insere direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter, ou não, formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor” (BRASIL, 2013c, p.36). E reforça que “o mais importante na definição de trabalhador de saúde é a ligação com o trabalho no setor ou atividade de saúde, independentemente da formação profissional ou capacitação do indivíduo”. Já o ‘profissional de saúde’ é o “indivíduo que, estando ou não ocupado no setor da saúde, detém formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde” (BRASIL, 2013c, p. 27).

As profissões consideradas da área da Saúde, segundo o Conselho Nacional de Saúde, pela Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998, são: Assistência Social, Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional. Existem várias profissões e ocupações na área da saúde sem regulamentação, e para tratar este problema, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 174, de 27 de janeiro de 2006, que reestrutura a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, com a função de: I - debater ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde; II - sugerir mecanismos de regulação profissional da área de saúde; e III - sugerir iniciativas legislativas visando regular o exercício de novas profissões e ocupações na área de saúde (BRASIL, 2006).

Estes trabalhadores se inserem nas instituições de saúde, públicas ou privadas, nos seus diferentes níveis, da atenção básica à hospitalar. Os hospitais empregam diversos trabalhadores, de diferentes profissões, formações e níveis de escolaridade, o que representa um dos vários aspectos da sua complexidade.

Segundo a OMS, o conceito de hospital se aplica a todos os “estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de pacientes que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos” (BRASIL, 2011, p. 10,11). No contexto

hospitalar coexistem diferentes aspectos, vinculados aos fatores financeiros, assistenciais, organizacionais, políticos e sociais, além de outros que interferem no setor, direta ou indiretamente, como o ensino e a pesquisa (BRASIL, 2011). Diferentes graus de complexidade permeiam esta instituição: além da grande especialização e diversidade de recursos humanos, tem grande volume de materiais, equipamentos e medicamentos; enfrenta dificuldades na padronização de normas e procedimentos, com alto índice de desperdício; além dos aspectos emocionais envolvidos na prestação destes serviços (BITTAR, 2004). Esta complexidade exige profissionais capacitados para trabalhar com qualidade.

Uma organização que funciona ininterruptamente, atendendo pessoas e cumprindo a ‘missão’ que o justifica e legitima socialmente, o hospital, enquanto estrutura é, também, “burocracia e ordem”, nas palavras de Merhy e Cecílio (2003). Caracterizando-se num espaço de reprodução e de atuação de forças opostas, onde os atores institucionais têm diferentes liberdades, de ação, negociação e construção de redes. Relações complexas e, ao mesmo tempo, fluidas, de contratos, conflitos e cooperações, de interesses e disputas (MERHY e CECILIO, 2003).

É neste cenário que se desenvolve a ação dos trabalhadores de saúde, sujeitos às forças do trabalho, com interferência sobre a sua saúde física e mental. O reconhecimento de múltiplas forças atuantes na saúde e segurança do trabalhador, e a necessidade de protegê-lo, incentivou a criação de medidas e regulamentações neste sentido. O artigo 6º da Lei 8080, de 1990, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), define saúde do trabalhador como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990). A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria Nº 1.823 de 2012) define os princípios, as diretrizes e estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS. Esta política objetiva a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrentes dos modelos de desenvolvimento dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Outra importante estratégia é a Política Nacional de Humanização (PNH), o HumanizaSUS, que veio estimular os debates sobre política de saúde no Brasil, colocando o trabalhador deste sistema no centro da atenção, junto com os usuários e gestores. A PNH utiliza um ‘método’, uma forma de analisar e intervir nos espaços, traçando um caminho que une diferentes agentes nos processos de trabalho, preconizando a construção de redes cooperativas, estimulando a autonomia e o protagonismo dos sujeitos e coletivos,

corresponsabilizando-os nos processos de gestão e atenção (BRASIL, 2004). Como política transversal, traz um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema. Caracterizando uma construção coletiva, fundamental para a produção da saúde, para que os profissionais trabalhem dignamente, com capacidade de criação e participação na cogestão de seus processos de trabalho (BRASIL, 2004). Dar voz e qualificação ao trabalhador do SUS e melhorar o ambiente dos serviços é fundamental para melhorar a saúde deste trabalhador.

O cotidiano do SUS, conforme Martins e Luzio (2017), ainda é marcado pela desumanização, com práticas desrespeitosas, e mesmo violentas, onde o corpo biológico é, frequentemente, reduzido a objeto de intervenção, e a gestão, muitas vezes, atua de forma solitária, autoritária e corporativa. Um contexto onde os trabalhadores encontram-se “anestesiados, esgotados e silenciados, somados às condições de trabalho aquém das necessidades de saúde da comunidade, pela falta de financiamento adequado” (MARTINS e LUZIO, 2017, p.19), entre outras várias dificuldades e desafios, evidencia a importância ímpar desta política na atenção à saúde das pessoas, em geral, e dos trabalhadores, especificamente.

Destaca-se ainda, na área da saúde, a Norma Regulamentadora 32 - NR 32, estabelecendo as diretrizes básicas para proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde (BRASIL, 2005). De fundamental importância, enquanto legislação específica, ela indica medidas de prevenção de acidentes e agravos decorrentes dos riscos deste ambiente de trabalho, e responsabiliza todos, empregadores e empregados. À gestão, cabe garantir as condições de trabalho, e ao trabalhador, aderir às orientações e condutas protetivas. A identificação, avaliação e tratamento de riscos, e a capacitação permanente para a aplicação das medidas protetivas, coletivas e individuais, também são indicadas (BRASIL, 2005). Quando se aplicam as recomendações há redução de acidentes de trabalho, porém se identificam dificuldades na operacionalização da norma, cujo sucesso dependente de ações de apoio da gestão e adesão dos trabalhadores (MARZIALE et al., 2012). A cultura de segurança no trabalho deve ser fortalecida, priorizada e tratada, valorizando os serviços de segurança dos trabalhadores, com vistas à criação e manutenção de ambientes saudáveis.

Várias pesquisas abordam a saúde dos trabalhadores da saúde, principalmente na área da enfermagem e medicina, com objetivos de compreender as condições de trabalho, os riscos, causas e prevalência das doenças ocupacionais, consequências e interferências na produtividade, na instituição e na sociedade (MAGNAGO et al., 2012; BRITO et al., 2012; SANTOS, MARZIALE e FELLI, 2018; SHIMABUKU, MENDONÇA e FIDELIS, 2018).

Estudam condições de trabalho específicas por categorias profissionais ou condições típicas do trabalho hospitalar: trabalho de turno, atividade em emergências, relação com a qualidade de vida, biossegurança, ritmo de trabalho, conflitos gerenciais e profissionais, violência, precariedade nos salários e condições contratuais, dentre outras. Evidenciam a relação entre saúde mental e trabalho (estresse, *burnout* e esgotamento profissional/fadiga, sofrimento mental, dilemas éticos) e apontam as condições precárias de trabalho nos hospitais, pontuando as poucas medidas de controle e proteção à saúde do trabalhador (BRITO et al., 2012).

Um cenário onde o risco de adoecimento do trabalhador é evidente, com possibilidade de aumento na prevalência de absenteísmo e presenteísmo. Ausentar-se ou comparecer doente são condições que afetam a produção no trabalho, e tem estimulado pesquisadores na investigação de seus condicionantes e efeitos nas organizações (HEMP, 2004; JOHNS, 2010; MIRAGLIA e JOHNS, 2016).

1.2.2 Presenteísmo

Muitos trabalhadores comparecem ao trabalho sem plenas condições de saúde, podendo comprometer o resultado do trabalho, condição denominada presenteísmo e investigada por vários pesquisadores (HEMP, 2004; JOHNS, 2010). O termo foi empregado com diferentes definições na literatura. Conforme revisão de Johns (2010), entre os anos de 1970 e 2005, os estudos apresentaram nove definições para presenteísmo, descritas como: 1 - estar presente no trabalho, o contrário de absenteísmo; 2 - ter excelente assiduidade; 3 - trabalhar horas a mais; 4 - relutar em trabalhar meio expediente ao invés de tempo integral; 5 - estar doente, mas não se ausentar; 6 - ir para o trabalho apesar de se sentir doente; 7 - ir para o trabalho apesar de se sentir doente ou de experimentar outros eventos que normalmente obrigariam a ausentar-se (por exemplo, problemas de cuidados com filhos); 8 - produtividade reduzida no trabalho devido a problemas de saúde; 9 - produtividade reduzida no trabalho devido a problemas de saúde ou outros eventos que distraiam o trabalhador da plena produtividade (JOHNS, 2010).

Embora não se encontre nos dicionários de língua portuguesa, o termo presenteísmo consta nos Descritores em Ciências da Saúde (<http://bvsalud.org/>), definido por “comparecimento ao trabalho apesar da sensação de estar doente”, enquanto o absenteísmo significa “ausência crônica ao trabalho ou a outras obrigações”.

Os anos 90 marcaram um aumento no interesse em torno do fenômeno presenteísmo (ZANELLI, 2016), por suas características e consequências para as organizações, e pela

dificuldade de mensuração destas, diferentemente do absenteísmo que permite uma investigação mais direta (HEMP, 2004; JOHNS, 2010; ZANELLI, 2016). Um estudo mostrou as percepções dos trabalhadores sobre as situações de falta ao trabalho, que incluía sentimento de culpa, medo de perder o emprego e preocupação com a produção perdida (MCKEVITT et al., 1997). Outro apontou que alguns trabalhadores compareciam ao trabalho, porém apresentavam uma produtividade incompatível, aquém do esperado (OZMINKOWSKI, GOETZEL e LONG, 2003). Hemp (2004) deu destaque ao tema ao discutir pesquisas que evidenciavam baixo desempenho e produtividade em trabalhadores que compareciam ao trabalho sem condições plenas de saúde. Ressaltava os custos desta condição, estimados em 150 bilhões de dólares anuais, nos EUA. Uma ‘drenagem quase invisível da produtividade’, devido, principalmente, a doenças comuns, como alergias sazonais, dores de cabeça, azia; dor relacionada às condições crônicas, como artrite, dor nas costas; e depressão (HEMP, 2004; JOHNS, 2010; FERRAZ, HECKSHER, CARVALHO, 2016).

O tratamento acadêmico atual converge em duas definições principais para o fenômeno: frequentar o trabalho enquanto doente e perda de produtividade decorrente de trabalhar doente (MIRAGLIA e JOHNS, 2016). Duas correntes de pesquisas, uma representada pelos britânicos e europeus, com interesse, principalmente, na frequência de presenteísmo como um reflexo da insegurança no emprego e outras características ocupacionais (JOHNS, 2010). E, na outra, representada pelos norte-americanos, responsáveis pelo maior número de publicações sobre presenteísmo (FERRAZ, HECKSHER, CARVALHO, 2016), o interesse está focado nas conseqüências sobre a produtividade, em função de várias doenças, não se detendo nas causas que levam o trabalhador a comparecer doente ao trabalho (JOHNS, 2010; FERRAZ, HECKSHER, CARVALHO, 2016).

Johns (2010) propõe uma investigação que considere as duas linhas, sem se concentrar apenas nas causas ou efeitos de presenteísmo. Entende que é necessário identificar por que os funcionários tomam a decisão de comparecer ao trabalho quando deveriam faltar. Quando o presenteísmo é preferido ao absenteísmo? Estar participando do trabalho apesar de sentir-se mal, definição que ele assume para presenteísmo, enfatiza uma decisão individual. Aponta como variável-chave, uma pré-condição, a situação em que a pessoa é totalmente produtiva e, ao apresentar um evento de saúde, passa por um processo de tomada de decisão entre ir ao trabalho ou ficar em casa. Decisão que depende de vários fatores, como dos sinais e sintomas de adoecimento, por exemplo. A hipertensão crônica normalmente não impede a presença, enquanto uma gripe forte, com febre alta, tenderá a provocar a ausência do profissional (JOHNS, 2010). Aponta as principais variáveis que devem ser incorporadas, os fatores

contextuais e pessoais. Os contextuais estão relacionados às características do trabalho e da organização; os fatores pessoais são atitudes, convicções, personalidade ou outras características do indivíduo.

O presenteísmo pode afetar a organização do trabalho e a produtividade em geral (KOOPMAN et al., 2002; OZMINKOWSKI, GOETZEL e LONG, 2003; HEMP, 2004; MARTINEZ, 2007), e nas organizações de saúde pode afetar a qualidade do cuidado aos usuários, uma vez que compromete a atenção e o desempenho do trabalhador (ROJAS, 2007; FERREIRA et al., 2010; UMANN, GUIDO e GRAZZIANO, 2012; PASCHOALIN et al., 2013). O presenteísmo na enfermagem interfere na produtividade e na satisfação da equipe, compromete a organização do trabalho (ARONSSON, GUSTAFSSON e DALLNER, 2000; PILETTE, 2005; FLORES-SANDÍ, 2006; ROJAS, 2007; MARTINEZ e FERREIRA, 2011; LETVAK, RUHM e GUPTA, 2012), implicando aumento de riscos à segurança dos pacientes sob os cuidados desta equipe. A relação entre a saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança dos pacientes, na percepção de gerentes de enfermagem de hospitais universitários brasileiros, apontou o presenteísmo como um fator que deve ser considerado na qualidade da assistência. Esses profissionais vivenciam sofrimento e preocupação no gerenciamento das situações em que a equipe, embora quantitativamente presente, não corresponde qualitativamente, podendo afetar negativamente a organização e a qualidade da assistência (BAPTISTA et al., 2015).

As principais causas de presenteísmo, em pesquisa com enfermeiros portugueses foram: dor lombar, infecções respiratórias, enxaqueca e estresse (MARTINEZ e FERREIRA, 2011). Estudo americano, também com enfermeiros, mostrou a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos (71%) e depressão (18%), esta última associada ao estresse (LETVAK, RUHM e GUPTA, 2012). Exigências físicas foram percebidas como as mais limitantes, e influentes, na perda de produtividade de enfermeiros que cuidam de pacientes críticos e potencialmente críticos, em hospital de ensino do sul do Brasil (UMANN, GUIDO e SILVA, 2014). As razões dadas para o presenteísmo podem diferir conforme socialização e estereótipos de gênero, também. Numa pesquisa com médicos suecos, as mulheres relataram presenteísmo mais frequentemente do que os homens. Elas relataram razões relacionadas com “preocupação pelos outros” e “carga de trabalho” mais fortemente do que os homens. Eles relataram razões relacionadas com “capacidade” e “dinheiro” mais fortemente do que as mulheres. Prováveis efeitos de estereótipos de gênero e diferentes responsabilidades sociais e familiares (SENDÉN, SHENCK-GUSTAFSSON, FRIDNER, 2016).

São múltiplas variáveis envolvidas e existem vários instrumentos utilizados para avaliar o presenteísmo (FERRAZ, HECKSHER, CARVALHO, 2016). Quatro foram traduzidos para o português do Brasil, conforme Pereira (2014): a *Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)* avalia a relação entre presenteísmo, problemas de saúde e produtividade; o *Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)* mede o desempenho no trabalho; o *Work Limitations Questionnaire (WLQ)* avalia o impacto de doenças crônicas no ambiente de trabalho; e o *Work Productivity and Activity Impairment (WPAI)* é indicado para avaliação das condições de saúde com perda de produtividade.

A *Stanford Presenteeism Scale (SPS)* foi desenvolvida por Koopman et al., (2002), pesquisadores da *Stanford University School of Medicine* e da Associação Americana de Saúde. Composta por questões específicas para avaliar como a saúde afeta o funcionamento cognitivo, emocional e comportamental no trabalho, inicialmente tinha 32 questões. Posteriormente Koopman et al., (2002) revisaram a SPS, promovendo uma redução, que resultou em uma escala com seis itens para descrever o presenteísmo, a SPS-6. Esta mostrou excelentes propriedades psicométricas, e está indicada em estudos que avaliem condições de saúde e produtividade (KOOPMAN et al., 2002; TURPIN et al., 2004; PASCHOLALIN et al., 2013). A adaptação transcultural e validação para o português brasileiro, da SPS-6, foi realizada em tese de doutorado por Paschoalin (2012), e os resultados foram satisfatórios, sugerindo adequação do instrumento na versão em português brasileiro e indicando seu uso no contexto da população estudada ou em populações semelhantes (PASCHOALIN et al., 2013).

1.2.3 Cultura de Segurança do Paciente

A expressão ‘cultura de segurança’ ganhou visibilidade com a discussão da segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde, porém tem origem anterior, na ‘cultura organizacional’, com definições semelhantes e relacionadas à gestão de segurança. Surge no relatório técnico do acidente na usina nuclear de Chernobyl na Ucrânia, na década de 1980, e passa integrar os dicionários do gerenciamento de segurança, os relatórios oficiais de desastres e grandes acidentes (GLENDON; STANTON, 2000; REASON, 1997). A cultura de segurança representa um conjunto de crenças, valores e normas partilhados pelos membros de uma organização, que constituem os pressupostos básicos para a segurança do trabalho (GLENDON; STANTON, 2000; SILVA e LIMA, 2004).

As organizações se encontram em diferentes estágios de maturidade da cultura de segurança, conforme tratam os seguintes fatores essenciais: informação, aprendizagem

organizacional, envolvimento, comunicação e comprometimento. Os estágios podem ser classificados em: patológico (não gerencia a segurança do trabalho, no máximo tenta atender à legislação), reativo (reage aos acidentes, procurando remediar), calculativo (gerencia riscos locais, não tem visão sistêmica), proativo (se antecipa aos problemas, transição para o estágio da cultura construtiva) e construtivo (sistema integrado de saúde, segurança e meio ambiente, com informações necessárias para gerir o sistema e melhorar continuamente). Um estágio avançado é um fator importante na prevenção de acidentes e doenças ocupacionais. (GONÇALVES FILHO, ANDRADE, MARINHO, 2011).

O movimento mundial, voltado para o paciente e sua segurança no sistema de atenção à saúde, foi impulsionado por um relatório do Instituto de Medicina dos EUA, evidenciando a magnitude dos danos causados aos pacientes, decorrentes de falhas em estabelecimentos de saúde, das quais metade eram evitáveis (KOHN, CORRIGAN e DONALDSON, 2000). Um dos marcos deste movimento foi a criação da *World Alliance for Patient Safety*, em outubro de 2004, pela Organização Mundial da Saúde, com o objetivo de dedicar atenção, coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente, dando origem ao Programa de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014).

Esta preocupação tem raízes históricas na medicina, com Hipócrates, que já referia, no séc. IV a.C., o princípio de “não causar danos” e, na Enfermagem, com Florence Nightingale, que em 1863 registrou: “*Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes*” (WACHTER, 2010). Teve destaque e força nas últimas duas décadas e vem crescendo paralelamente à gestão de riscos e melhoria da qualidade no âmbito da saúde. Este importou de setores de alto risco, como a aviação e o nuclear, desenvolvido entre as décadas de 1960 e 1980, o pensamento sobre a lógica de sistemas com ênfase nos processos, para minimizar eventos adversos e, assim, aperfeiçoar a segurança da atividade e do trabalhador, considerado o cerne da organização (WACHTER, 2010). Neste sentido, ao admitir que o fator humano seja passível de falhas, evitáveis ou não, ocorre uma modificação na conformação do funcionamento do sistema, de forma a interceptar as falhas e reduzir a ocorrência de eventos adversos.

O Programa de Segurança do Paciente da OMS, além de propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos, objetivou organizar conceitos e definições sobre segurança do paciente. Várias definições para o mesmo termo, como “erro” e “evento adverso”, por exemplo, evidenciaram a necessidade de desenvolver uma taxonomia, e a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (CISP) definiu conceitos-chave no sentido de uniformizar a compreensão nesta temática (OMS, 2011). Entre os vários conceitos,

destacam-se: **segurança do paciente**, como a redução a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde; **dano** é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico; **incidente** é evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente; **near miss** é incidente que não atingiu o paciente; **incidente sem lesão** é o incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano; **evento adverso** é o incidente que resultou em dano ao paciente; e **risco** é a probabilidade de um incidente ocorrer (BRASIL, 2014, p.7; OMS, 2011). A definição de **erro** é dada como a falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano, enquanto **infração** é um desvio deliberado de um procedimento operacional, norma ou regra. Os erros podem manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não prática da ação correta (omissão). Erros ou infrações aumentam riscos, mesmo que nenhum incidente ocorra (OMS, 2011, p.15).

No conceito de segurança do paciente, na referida taxonomia, a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, o “mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo” (OMS, 2011, p.14,15). Esta definição considera que há um dano mínimo aceitável, necessário e inevitável, como o caso de incisão na pele para uma cirurgia, por exemplo. A opção por “dano associado aos cuidados de saúde” engloba cuidados de saúde prestados por diferentes profissionais, em uma variedade de ambientes de cuidado, não só os hospitais (BRASIL, 2014).

Se muitas vidas se perdem na assistência devido a erros evitáveis (KOHN, CORRIGAN e DONALDSON, 2000) a primeira forma de barrar sua recorrência é reconhecer que existem e, assim, fortalecer os sistemas de detecção e contenção. É preciso compreender o caráter sistêmico e não apenas o individual do erro, pois é inerente ao fazer humano. Não existe por si só, sendo, muitas vezes, fruto de um sistema falho, onde a fragilidade é a oportunidade do erro acontecer e atingir o paciente (REASON, 1990, 1997). “Os erros são, por definição, não intencionais, ao passo que as transgressões são habitualmente intencionais, apesar de raramente maliciosas, e em determinado contexto podem tornar-se rotineiras ou automáticas” (OMS, 2011, p.15). Aqui se pontua a cultura justa, onde se deve avaliar a ocorrência do evento. Se resultado de uma falha no sistema, deve-se tratá-la, corrigindo a

falha no processo. Não se deve ser tolerante a comportamentos conscientemente inseguros, que põem em risco a segurança dos pacientes (WATCHER, 2010).

James Reason (1997) propôs um modelo conhecido como “*queijo suíço*” para explicar a ocorrência dos EA. Estes seriam desencadeados pelo alinhamento de diversos “furos” nas fatias do “queijo”, onde os furos representam as falhas que podem ocorrer nos processos de trabalho (as fatias do queijo), estruturais ou pontuais, por lapsos, má prática, ou descuido dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos pacientes. As falhas ativas se caracterizam pelos atos inseguros ou omissões, cometidos pelos profissionais de saúde, cujas consequências podem desencadear um EA. As falhas latentes advêm de características já existentes no sistema, na estrutura e/ou na organização, imperceptíveis até que o evento ou acidente ocorra. No ambiente hospitalar “essas condições podem estar relacionadas ao ambiente de trabalho, à supervisão inadequada, falta de treinamento ou formação deficiente, estresse, sobrecarga de trabalho e sistemas de comunicação inadequados” (REIS, MARTINS e LAGUARDIA, 2013, pag.2032)

No Brasil, as medidas voltadas a melhoria da assistência, conforme as diretrizes internacionais, resultaram em leis que responsabilizam as instituições a se adequarem, no sentido de garantir uma assistência mais segura. Uma estratégia da Anvisa foi o credenciamento de Hospitais na Rede Sentinela, em 2002, para o desenvolvimento de “ações de vigilância sanitária em hospitais, pela busca e notificação de eventos adversos, e uso racional das tecnologias em saúde” (BRASIL, 2014, p.10).

A melhoria da qualidade e segurança dos processos e procedimentos que envolvem o paciente se consolidou na Portaria nº 529, do MS, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013a). Esta portaria apresenta as características que definem a cultura de segurança, tal qual está referenciada no conceito-chave da CISP, como uma

“[...] cultura que apresenta os cinco atributos de alto nível que os profissionais de saúde se empenham em operacionalizar através da implementação de sistemas de gestão da segurança robustos: (1) uma cultura onde todos os funcionários aceitam a responsabilidade pela segurança deles próprios, dos seus colaboradores, doentes, e visitantes; (2) uma cultura que prioriza a segurança relativamente a fins financeiros e operacionais; (3) uma cultura que estimula e recompensa a identificação, a comunicação e a resolução de questões de segurança; (4) uma cultura que incentiva a aprendizagem organizacional com os eventos adversos; (5) uma cultura que fornece recursos, estrutura e responsabilidade apropriados para manter sistemas de segurança eficazes.” (OMS, 2011, p.110).

Em consonância, em 25 de julho de 2013, a Anvisa publicou a RDC nº 36, que tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da

qualidade nos serviços de saúde. Define quais serviços se enquadram no escopo desta lei; cria e determina princípios, diretrizes e competências dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), nas instituições de saúde, como órgãos de responsabilidade e poder para executar as ações do PNSP em Serviços de Saúde (BRASIL, 2013b). Define cultura da segurança como um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Estas regulamentações estabelecem que os NSP, ao elaborarem os Planos de Segurança do Paciente, contemplem um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, no sentido de evitar eventos graves. Segundo a OMS, são fundamentais porque implicam pequeno investimento e previnem erros e eventos de magnitude nas instituições. Os recomendados são: prática de higiene das mãos; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde; prevenção de quedas; prevenção de úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2014).

A Enfermagem também vinha discutindo e se organizando, em redes, para a proteção dos pacientes. Em 2008, foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), a partir da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP). Esta última, criada em novembro de 2005, em Concepción, Chile, surge nas reuniões e discussões promovidas pelo Programa de Enfermagem da Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (REBRAENSP, 2018). Nessas reuniões foram analisadas as tendências e as prioridades no desenvolvimento da área de Enfermagem e Segurança do Paciente, e discutidas as prioridades de cooperação técnica, intercâmbio de informações e necessidades de estudos, para fortalecer o cuidado de enfermagem, sua gestão, investigação, informação e educação inicial.

A reunião de enfermeiras e enfermeiros, representantes de vários estados do Brasil, de instituições de ensino e de assistência, deu origem a REBRAENSP Nacional, com o compromisso de divulgar as metas de segurança do paciente e de criar Pólos (Estados) e Núcleos (cidades ou regiões). Firmada como estratégia de articulação e de cooperação técnica entre instituições direta e indiretamente ligadas à saúde e à educação de profissionais em saúde, com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade (REBRAENSP, 2018). Entende que a segurança do paciente se configura a partir de características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização. E que o

lançamento do PNSP é um marco do compromisso com a segurança na assistência, apontando a educação permanente como o fio condutor para segurança e qualidade no cuidado à saúde, um instrumento para a educação multiprofissional, elemento fundamental para a segurança do paciente. A segurança do paciente resulta do esforço e comprometimento diário de equipes multiprofissionais, instituições e serviços de saúde, públicos e privados; de processos e sistemas organizados, avaliados e aprimorados continuamente quanto à prevenção e redução de danos; do reforço contínuo para as boas práticas assistenciais recomendadas por agências nacionais e internacionais; da formação de profissionais da saúde e de uma política nacional de segurança no cuidado à saúde (REBRAENSP, 2013).

Neste sentido, avaliar a cultura de segurança nas instituições hospitalares é uma importante ferramenta para o gerenciamento de riscos, pois mensura o clima de segurança, que é a medida temporal da cultura de segurança, pela percepção dos seus trabalhadores (COLLA et al., 2005). É considerado um indicador da qualidade assistencial, embora não possa ser avaliado de forma isolada dentro da instituição (CARVALHO, 2011), é parte fundamental para entender o nível desta cultura e planejar mudanças para melhorias e evolução. Há vários instrumentos para avaliação da cultura de segurança e dois foram validados no Brasil: o Questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire – Short Form*), o SAQ, mede as atitudes e a percepção do clima de segurança em trabalhadores de instituições de saúde, da atenção primária à hospitalar, foi validado em 2011 (CARVALHO, CASSIANI, 2012); e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), instrumento que avalia características da cultura de segurança do paciente entre trabalhadores de hospitais, traduzido em 2012 (REIS et al., 2016).

O SAQ é um instrumento para mensuração de clima de segurança, para avaliar a cultura de segurança, pelas atitudes dos profissionais de saúde frente a questões relevantes para a segurança do paciente. Foi desenvolvido por Bryan Sexton, Eric Thomas e Bob Helmreich, pesquisadores da Universidade do Texas (EUA), tendo por base a escala *Intensive Care Unit Managent Questionnaire* (SEXTON et al., 2006). Esta, por sua vez, advinda do *Flight Managent Attitudes Questionnaire*, instrumento elaborado para medir as atitudes de segurança dos membros de tripulação de vôos, partindo da evidência que a maioria dos acidentes aéreos se devia a falhas nos aspectos interpessoais no desempenho da equipe, como trabalho em equipe, discursos, liderança, comunicação e tomada de decisão colaborativa. Parte desta escala se adaptava as situações no âmbito da saúde e, após avaliação por profissionais e especialistas da área, foram feitos acréscimos de itens, inspirados em dois modelos conceituais: a estrutura de Vincent para analisar risco e segurança, e o modelo

conceitual de Donabedian, para avaliar a qualidade em serviços de saúde. Após testes e refinamentos resultou uma escala com seis domínios: Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Satisfação no trabalho, Reconhecimento de estresse, Percepções de gerenciamento, e Condições de trabalho (SEXTON et al., 2006).

Adaptado transculturalmente para o Brasil, por Carvalho (2011), em tese de doutorado, o SAQ tem uma parte inicial composta de 41 itens com os seis domínios referidos, e outra com dados sobre os profissionais, como gênero, categoria profissional, tempo e unidade de atuação (CARVALHO, CASSIANI, 2012). O domínio Clima de Trabalho em Equipe compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros da equipe; o Clima de Segurança avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente; Satisfação no trabalho representa a visão positiva do local de trabalho; Reconhecimento do Estresse trata da percepção do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho; Percepção da Gerência levanta a aprovação das ações gerenciais quanto às questões de segurança, na unidade e no hospital; e, Condições de Trabalho se refere à percepção da qualidade do ambiente de trabalho (CARVALHO, 2011).

Aplicação do SAQ em três hospitais de Fortaleza (CE) evidenciou avaliação negativa da cultura, com as médias mais baixas na Percepção da Gerência, e média positiva na Satisfação no trabalho, nos três hospitais; o Clima de trabalho em equipe foi positivo em dois dos hospitais (CARVALHO et al., 2017). Semelhante ao encontrado em sete hospitais de Santa Maria (RS), com avaliação positiva para os domínios Satisfação no Trabalho e Clima de Trabalho em Equipe, os demais domínios também apresentaram avaliação negativa para a cultura de segurança, sendo que Percepção da Gerência do Hospital obteve o resultado mais baixo (BARATTO, 2015). Os dois são estudos inéditos e amplos sobre a cultura de segurança em hospitais de dois municípios, a capital do CE e uma cidade do interior do RS, duas regiões brasileiras distantes e distintas culturalmente, que chegaram a resultados semelhantes, evidenciando certo nivelamento desta cultura no Brasil, com algumas oscilações, principalmente quanto às condições de trabalho, variando de hospital para hospital.

1.2.4 Interface Saúde do trabalhador e Segurança do paciente

Quando se trata de Saúde do trabalhador e Segurança do paciente alguns autores defendem que são “duas faces de uma mesma moeda”, tal a relação que une estas duas dimensões no âmbito da atenção à saúde (SOUSA, SERRANHEIRA e UVA, 2010). As

condições de trabalho e a atividade dos profissionais de saúde podem contribuir para maior ocorrência de incidentes relacionados aos cuidados de saúde e ocasionar EA.

A carga excessiva de trabalho na enfermagem, além do impacto na saúde do trabalhador, foi apontada como um fator de risco potencial para infecções associadas aos cuidados de saúde (DAUD-GALLOTTI et al., 2012). Um estudo realizado por Aiken et al. (2012), em 12 países da Europa e dos Estados Unidos, apontou que o trabalho de enfermagem qualificado e a melhoria do ambiente de trabalho hospitalar, como a organização, contribuem positivamente na qualidade de assistência prestada ao paciente. O estado de saúde de pessoal médico, envolvendo estresse e esgotamento, foi relacionado à ocorrência de falhas e EA (SHANAFELT et al., 2010).

A interdependência entre saúde do trabalhador e segurança do paciente está de tal modo presente que é difícil conceber intervenções para a prevenção de incidentes que não envolvam esses temas e não considerem a perspectiva sistêmica da organização do trabalho (SOUSA, SERRANHEIRA e UVA, 2010). A atenção à segurança no trabalho é indissociável da segurança do paciente. Cuidadores que não recebem proteção, respeito e apoio necessários, têm mais probabilidade de cometer erros, deixar de seguir práticas seguras e não trabalhar bem em equipe (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION - NPSF, 2015).

A compreensão dos processos de trabalho no hospital e dos determinantes para a saúde dos trabalhadores, junto com as suas percepções quanto à própria saúde e quanto aos impactos no desempenho de suas atividades, vêm fundamentar ações para qualidade hospitalar. Saber como o clima de segurança é percebido neste contexto é um recurso para a gestão da qualidade, um indicador do que precisa evoluir na cultura organizacional, embasando mudanças com repercussão positiva para segurança de todos, pacientes e trabalhadores.

1.3 PROPOSIÇÃO

1.3.1 Objetivo Geral:

Avaliar a associação do presenteísmo de profissionais de saúde com a cultura de segurança do paciente, em ambiente de atenção hospitalar.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Descrever as características sociodemográficas, laborais e perfil de saúde da

população do estudo;

- Identificar a prevalência de presentismo entre os profissionais de saúde hospitalares;
- Avaliar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de saúde hospitalares.

1.4 MATERIAIS E MÉTODOS

1.4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo epidemiológico, observacional, do tipo transversal. Integrante do projeto matricial intitulado “Cultura de segurança do paciente e agravos à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar”, registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde, sob número 047407/2017. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 80587417.0.0000.5346 e parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: 2.447.277, de 19 de dezembro de 2017, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Pró-Reitoria de Pós-Graduação.

1.4.1.1 O projeto matricial: Cultura de segurança do paciente e agravos à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar.

Os autores do projeto, mestrando(as) do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSM, participantes do grupo de pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do paciente, coletaram os dados entre março e agosto de 2018, com apoio de integrantes do grupo de pesquisa, sob coordenação e orientação dos pesquisadores responsáveis. O projeto pretendia realizar um censo, convidando todos os trabalhadores e, para tal, o hospital foi dividido por setores e unidades, num mapa esquemático da instituição, e cada mestrando coletou os dados, inicialmente, na fração correspondente ao seu interesse de pesquisa. Quando a participação se encerrava em uma área, partia-se para outra, redistribuindo o quantitativo de pessoal a ser convidado.

O objetivo geral do projeto matricial foi avaliar a cultura de segurança do paciente e agravos à saúde do trabalhador, em ambiente hospitalar.

Como objetivos específicos, pretendia:

- Caracterizar a população quanto aos aspectos sociodemográficos, laborais e perfil de saúde;
- Analisar associação entre cultura de segurança do paciente e o presentismo no

ambiente hospitalar (dissertação 1 – apresentada neste relatório);

- Verificar a associação entre nível de estresse e de cortisol salivar, bem como dor musculoesquelética entre enfermeiros (dissertação 2);
- Avaliar a associação entre estresse, *burnout* e cultura de segurança entre trabalhadores de unidades cirúrgicas (dissertação 3);
- Estimar a prevalência do uso de álcool por trabalhadores hospitalares e associação com o estresse no trabalho (dissertação 4);
- Identificar associações entre a cultura de segurança e apoio social entre trabalhadores hospitalares (dissertação 5);
- Analisar associação entre o perfil de saúde, presenteísmo e estresse entre trabalhadores do serviço de apoio (dissertação 6);
- Avaliar a cultura de segurança, estresse e *burnout* entre trabalhadores de unidades abertas e fechadas (dissertação 7);

Para a coleta de dados foi utilizado um protocolo de pesquisa, composto por blocos, para avaliar, além da caracterização, as atitudes de segurança e os agravos (estresse, dor osteomuscular, *burnout*, presenteísmo e distúrbio de uso do álcool):

- Bloco A - Identificação do instrumento;
- Bloco B - Caracterização sociodemográfica;
- Bloco C - Caracterização laboral;
- Bloco D - Perfil de saúde;
- Bloco E - Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ);
- Bloco F - *Job Stress Scale* (JSS);
- Bloco G - Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO);
- Bloco H - *Maslach Burnout Inventory* (MBI);
- Bloco I - *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6);
- Bloco J - *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT);
- Bloco K - Instruções para coleta de cortisol salivar.

Estes instrumentos foram preenchidos pelos participantes, com exceção de algumas variáveis do perfil de saúde: peso, altura, pressão arterial, circunferências abdominal e de quadril. Estas foram medidas e registradas pelos coletadores. Alguns trabalhadores não aceitaram efetuar certas medidas, principalmente peso e circunferência abdominal, e foram incluídos no estudo sem estas variáveis. A coleta de cortisol salivar foi realizada pelo próprio

participante, enfermeiros atuantes nas unidades de tratamento do câncer, conforme orientação específica para tal.

1.4.2 Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no município de Santa Maria, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O HUSM é órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Criado no ano de 1970, é um hospital de ensino, geral, público, de nível terciário, atendendo, exclusivamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com 403 leitos, é o maior hospital público no interior do Estado, referência em saúde para a região Centro, que abrange uma população de 1,2 milhões de habitantes. Tem por finalidade a formação profissional, desenvolvendo o ensino, a pesquisa e a extensão por meio da assistência à comunidade na área da saúde.¹

O HUSM integrou-se ao projeto Rede Sentinela da Anvisa, em 2005, com o compromisso de notificar EA, por meio do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, *on line*, na responsabilidade do Gerente de Risco da instituição. Em 2014, instituiu o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), “instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente” (BRASIL, 2013b), partindo da formação da Equipe Multiprofissional de Segurança do Paciente.

Em dezembro de 2013, a Reitoria da UFSM assinou contrato de gestão do HUSM com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), visando, principalmente, regularizar o quadro de pessoal que contava, na época, com 170 profissionais terceirizados na atividade assistencial. A criação da EBSERH integrava um conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para a reestruturação dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior. Por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), foram realizadas ações no sentido de garantir a recuperação física e tecnológica e a reestruturação do quadro de recursos humanos das unidades. Empresa pública, vinculada ao Ministério da Educação, entre suas atribuições estão: a coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais; o apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais.²

¹ Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia> [acesso em 20 out 2017]

² Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/relacao-com-a-ebserh> [acesso 26 nov 2018]

Em agosto de 2014, o hospital implantou o aplicativo Vigihosp, sistema *on line* para notificação de incidentes e queixas técnicas, disponibilizado na intranet de todos os hospitais da rede EBSEH, para uso dos profissionais da instituição, incluindo os discentes. A notificação de incidentes é um dos pilares da cultura de segurança e esta instituição já utilizava outros métodos de notificação, principalmente por busca ativa, pelo Serviço de controle de infecção, Núcleo de vigilância epidemiológica e Serviço de Hemoterapia com notificação de incidentes transfusionais. O Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP) é responsável por promover o desenvolvimento e aprimoramento contínuo das atividades de vigilância epidemiológica, controle das infecções hospitalares, gestão de riscos relacionados às tecnologias em saúde e aos processos assistenciais. Está formado por uma equipe de enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, e assistente administrativo. Faz parte deste Setor o NSP, composto por diferentes categorias profissionais de vários setores do hospital.³

Em 2015, foi publicado o primeiro Plano de Segurança do Paciente (PSP) e, juntamente com o NSP, trabalhou-se a produção, validação e implantação dos protocolos de segurança do paciente. Atualmente, estão disponíveis os seguintes protocolos: Identificação correta do paciente, Cirurgia segura, Higiene de mãos, Prevenção de lesão por pressão, Prevenção de quedas e Segurança no uso de medicamentos.

Quanto à Saúde do trabalhador, dispõe de um Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST), ligado à Divisão de Gestão de Pessoas. O SOST desenvolve atividades voltadas à prevenção de doenças ocupacionais e acidentes do trabalho, bem como ações de proteção ao trabalhador. Realiza inspeções periódicas para cumprir as normas de segurança e saúde estabelecidas pela legislação e instituição; solicita e avalia exames periódicos, admissionais e demissionais, para os funcionários, prezando pela sua saúde e integridade. É composto por uma equipe multidisciplinar em Saúde e Segurança do Trabalho, formada por engenheiro do trabalho, técnicos em segurança do trabalho, educadora física, médicos, enfermeiro do trabalho e assistente administrativo, à disposição para avaliar situações de risco e incidentes relacionados com o local de trabalho.⁴

³ Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/estruturas/gas/svssp/apresentacao> [acesso 26 nov 2018]

⁴ Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/estruturas/ga/sost/apresentacao> [acesso 26 nov. 2018]

1.4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde, trabalhadores do hospital, com atuação mínima de quatro semanas no setor e carga horária mínima de 20 horas semanais. Este período foi considerado o mínimo para o trabalhador ser suficientemente exposto à cultura de sua unidade, que lhe permita responder de forma adequada à pesquisa sobre percepção do clima de segurança (CARVALHO, 2011) e também para serem avaliados os problemas de saúde na escala de presenteísmo. Para responder a esta escala o trabalhador deveria afirmar ter comparecido ao trabalho, nos últimos 30 dias, com problemas de saúde, ou sinais ou sintomas de adoecimento. Foram excluídos os trabalhadores afastados do trabalho por qualquer motivo, no período de coleta de dados.

A população total de trabalhadores do Husm, em outubro de 2017, compunha-se de 1830 trabalhadores, sendo 820 vinculados à EBSEH, geridos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e 1.010 regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU). Seguindo o critério de inclusão, tomando como base o total de profissionais de saúde da instituição, foram considerados 1.579 indivíduos. A partir deste número, foi realizado um cálculo amostral para população finita, com erro de 0,05 e 95% de confiança, estimando o mínimo de 310 participantes na amostra, embora a intenção fosse convidar todos os profissionais atuantes no período.

1.4.4 Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de três instrumentos: um questionário de caracterização sociodemográfica, laboral e perfil de saúde dos participantes (APENDICE C); e dois instrumentos auto-aplicáveis, para medir o presenteísmo e a cultura de segurança: a *Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)* (ANEXO A) e o *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form (SAQ)* - (ANEXO B), respectivamente.

A seguir, no Quadro 1, estão descritas as variáveis sociodemográficas, laborais e perfil de saúde, quanto a sua característica, nome e tipo de variável, e operacionalização neste estudo.

Quadro 1 – Descrição das variáveis sociodemográficas, laborais e perfil de saúde e sua operacionalização na pesquisa. Santa Maria, RS, Brasil, 2018.

Caracterização	Variáveis	Tipo de variável	Operacionalização
Sociodemográficas	Idade	Numérica Discreta	Anos completos
	Sexo	Nominal Dicotômica	Masculino/Feminino
	Situação conjugal	Nominal Dicotômica	Com/Sem companheiro(a)
	Filhos	Nominal Dicotômica	Sim/Não
	Número de filhos	Numérica Discreta	Em valores inteiros.
	Maior formação completa	Nominal Politômica	Ensino fundamental/ Ensino Médio/ Graduação/ Especialização/ Residência/ Mestrado/ Doutorado
Laborais	Setor de trabalho	Nominal Politômica	Nome do setor/local de trabalho
	Regime de trabalho	Nominal Politômica	Celetista/ Estatutário/ Outro
	Cargo	Nominal Politômica	Nome do cargo
	Tempo de formado no cargo	Numérica discreta	Em meses
	Tempo de trabalho na instituição	Numérica discreta	Em meses
	Tempo de trabalho no setor	Numérica discreta	Em meses
	Turno de trabalho	Nominal Politômica	Manhã, tarde, noite, e misto
	Carga horária semanal de trabalho	Numérica discreta	Em horas
	Outro emprego ou vínculo empregatício	Nominal dicotômica	Sim/Não
	Qual outro emprego	Nominal Politômica	Área de atividade
	Carga horária semanal no outro emprego	Numérica discreta	Em horas
	Dias sem folga no setor	Numérica discreta	Em dias
	Satisfeito com trabalho	Nominal dicotômica	Sim/Não
	Intenção de deixar o trabalho	Nominal politômica	Sim/Não/Não sei-pensei nisto
Perfil de saúde	Necessidade de horas de sono diária	Numérica contínua	Em horas
	Horas dormidas por dia	Numérica contínua	Em horas
	Considera esse número de horas	Nominal politômica	Suficiente/ pouco suficiente/ insuficiente
	Tempo uso computador	Numérica contínua	Em minutos
	Tempo uso celular	Numérica contínua	Em minutos
	Pratica atividade física	Nominal politômica	Sim/ Não/ às vezes
	Tempo para lazer	Nominal politômica	Suficiente/ Insuficiente/ pouco suficiente
	Problema de saúde diagnosticado	Nominal dicotômica	Sim/ Não
	Qual problema de saúde	Nominal politômica	Categoria por sistema envolvido.
	Medicação contínua	Nominal dicotômica	Sim/Não
	Com prescrição médica	Nominal politômica	Classe farmacêutica
	Sem prescrição médica	Nominal politômica	Classe farmacêutica
	Fuma	Nominal politômica	Sim/ Não/ às vezes
	Afastamento no último ano	Nominal dicotômica	Sim/ Não
	Sim, quantos dias	Numérica discreta	Número de dias

Para avaliar o Presenteísmo utilizou-se a SPS-6, que mede especificamente presenteísmo, problemas de saúde e a produtividade geral entre os trabalhadores. Esta era preenchida somente por quem afirmava ter comparecido ao trabalho, nos últimos 30 dias, com problemas de saúde ou sinal ou sintoma de adoecimento. Composta por questões específicas para avaliar como a saúde afeta o funcionamento cognitivo, emocional e comportamental no trabalho, inicialmente tinha 32 questões e, posteriormente, passou por revisão e redução, resultando em uma escala com seis itens (KOOPMAN et al., 2002). Os itens, avaliados em uma escala tipo Likert, variam de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente), descrevendo como o estado de saúde afetou ou não o trabalho do participante. As pontuações dos itens, somadas, variam de 6 a 30, medindo as habilidades dos respondentes para se concentrar e executar o trabalho, apesar de estarem doentes (KOOPMAN et al., 2002; MARTINEZ, 2007; FERREIRA et al., 2010; PASCHOALIN et al., 2013). Dois fatores são considerados: finalizar o trabalho, que está relacionado às causas físicas; e evitar distração, referindo-se aos aspectos psicológicos do trabalhador. O Quadro 2 mostra a SPS-6 na versão traduzida para o português do Brasil, por Paschoalin (2012).

Quadro 2: Versão da *Stanford Presenteeismo Scale* (SPS-6) adaptada por Paschoalin (2012).

Versão adaptada da SPS-6
Por favor, descreva suas experiências no trabalho nos últimos 30 dias. Essas experiências podem ter sido influenciadas por diversos fatores pessoais e do ambiente e alteradas ao longo do tempo. Para afirmativa abaixo, escolha apenas uma única resposta que melhor retrata seu grau de concordância ou discordância considerando suas experiências de trabalho nos últimos 30 dias. Por favor, utilize a seguinte escala para suas respostas: ... Eu discordo totalmente. ... Eu discordo parcialmente. ... Não concordo nem discordo. ... Eu concordo parcialmente. ... Eu concordo totalmente.
1 - Devido ao meu (problema de saúde),* foi muito mais difícil lidar com o estresse no meu trabalho.†
2 - Apesar do meu (problema de saúde),* consegui terminar tarefas difíceis no meu trabalho.
3 - Devido ao meu (problema de saúde),* não pude ter prazer no trabalho.†
4 - Eu me senti sem ânimo para terminar algumas tarefas no trabalho, devido ao meu (problema de saúde).*†
5 - No trabalho consegui me concentrar nas minhas metas apesar do meu (problema de saúde).
6 - Apesar do meu (problema de saúde),* tive energia para terminar todo o meu trabalho.
*Nota: as expressões “dor nas costas”, “problema de estômago” e outros termos semelhantes podem ser substituídos pela palavra problema de saúde em qualquer um desses itens.

Fonte: Adaptado de Paschoalin (2012), 2018.

† Itens que devem ter pontuação revertida antes da soma do escore global da SPS-6.

As duas dimensões de presenteísmo são compostas de três itens cada. A primeira, associada ao construto “trabalho finalizado” (TF), refere-se à quantidade de trabalho efetuada pelo trabalhador sob influência das causas de presenteísmo, foca o resultado do

trabalho e se manifesta por sintomas físicos (itens 2, 5 e 6). A segunda diz respeito à “distração evitada” (DE) correspondendo à capacidade de concentração do trabalhador quando se manifestam sintomas de presenteísmo, (itens 1, 3 e 4), está mais associada a origens psicológicas e foca o processo de trabalho. (MARTINEZ et al., 2007; PASCHOALIN et al., 2013).

A análise da pontuação da escala é feita separadamente para as duas dimensões, TF e DE, e também pela soma do escore global, pela soma das duas dimensões. Deve-se reverter a pontuação (*reverse-scoring*) dos itens 1, 3 e 4 (DE), antes da soma do escore global da SPS-6 (KOOPMAN et al., 2002; PASCHOALIN, 2012). A pontuação total da SPS-6 varia de 6 a 30, e um escore baixo, de 6 a 18 pontos, indica redução de desempenho no trabalho dos indivíduos afetados pelo presenteísmo, denominado “baixo presenteísmo”. As pontuações elevadas, de 19 a 30, correspondem a maior capacidade do trabalhador em se concentrar e realizar todo o trabalho, ou seja, o trabalho é menos afetado pelo presenteísmo, denominado “alto presenteísmo” (KOOPMAN, 2002; MARTINEZ e FERREIRA, 2011; PASCHOALIN, 2012; PASCHOALIN et al., 2013). Paschoalin (2012) alerta para a possível confusão que as expressões ‘alto presenteísmo’ e ‘baixo presenteísmo’ podem causar. Alto presenteísmo nos parece, a princípio, indicar pior condição de presenteísmo e, na verdade, é o contrário.

A avaliação das duas dimensões, TF e DE, é feita separadamente. Na dimensão TF (itens 2, 5 e 6) a leitura é similar com a leitura da escala total, assim, quanto mais baixo for o escore da dimensão TF mais dificuldades o indivíduo tem em completar o seu trabalho devido ao seu problema de saúde. Já a leitura da dimensão DE (itens 1, 3 e 4) é feita sem fazer a reversão dos escores e quanto mais alto for o escore nesta dimensão menor é a concentração no trabalho, pior é o estado psicológico para desempenhar as suas funções (KOOPMAN et al., 2002). Maiores valores no escore total e no TF e menor valor na DE, indicam menor impacto do presenteísmo no trabalho.

Para avaliar a cultura de segurança foi escolhido o instrumento SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire – Short form 2006*). O instrumento tem duas partes: a primeira é composta por 41 questões, com seis domínios, e a segunda coleta dados dos profissionais, como sexo, profissão e tempo de experiência na especialidade (CARVALHO, CASSIANI, 2012). O Quadro 3 apresenta os seis domínios do SAQ, a descrição e um exemplo de um item de cada domínio (CARVALHO, 2011). Alguns itens não pertencem a nenhum domínio na escala original, e o estudo brasileiro de validação incluiu-os em outros domínios; o item 14 foi incluído em Percepção da Gerência; os itens 33, 34 e 35, alocados em novo domínio

Comportamento seguro/práticas seguras, nome sugerido pelo estudo (CARVALHO, CASSIANI, 2012).

Quadro 3 – Domínios do *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form*, BRASIL, 2011.

Domínios (itens)	Descrição	Exemplos de itens
Clima de Trabalho em Equipe (1 a 6)	Compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros da equipe.	Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.
Clima de Segurança (7 a 13)	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente.	Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente.
Satisfação no Trabalho (15 a 19)	É a visão positiva do local de trabalho.	Eu gosto do meu trabalho.
Percepção do Estresse (20 a 23)	Trata do reconhecimento do quanto os valores estressores influenciam na execução do trabalho.	Quando minha carga de trabalho e excessiva, meu desempenho é prejudicado.
Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital (24-29)	Refere-se a aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança.	A administração está fazendo um bom trabalho.
Condições de Trabalho Itens 30-32	Refere-se à percepção da qualidade do ambiente de trabalho.	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.

Fonte: Carvalho (2011, p. 39).

A análise descritiva do SAQ é realizada pela média das respostas do instrumento e pelo somatório das respostas aos 41 itens que o compõem. Cada um dos itens da parte inicial é respondido usando uma escala Likert de cinco pontos: (A=1) discordo totalmente, (B=2) discordo parcialmente, (C=3) neutro, (D=4) concordo parcialmente e (E=5) concordo totalmente; há uma opção “não se aplica”. Inicialmente são revertidas as pontuações dos itens 2, 11 e 36 (reversos): 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 e 5=1. Somam-se as respostas de cada questão (1 a 5) do domínio e divide-se o resultado pelo número de questões, assim se obtém a média do item. O score de cada domínio é calculado utilizando-se a fórmula $(m-1) \times 25$, onde m é a média da pontuação dos itens de cada domínio. O domínio Condições de trabalho, por exemplo, é composto por três perguntas/itens, se a resposta para cada uma delas for, respectivamente, neutro, concordo parcialmente e discordo parcialmente, a pontuação ficaria assim: $(50+75+25)/3=50$. O item “não se aplica” deve ser considerado como dado preenchido, mas não participa dos cálculos de média e score da escala e respectivas dimensões, identificado no banco de dados com “X”. O score final da escala varia de 0 a 100, ou seja, de pior a melhor percepção, e um valor igual ou maior que 75 é considerado percepção positiva para a cultura de segurança (SEXTON et al., 2006; CARVALHO, CASSIANI, 2012).

Antes de iniciar a coleta de dados foi realizado um teste piloto, entre os participantes do grupo de pesquisa GTESSP (PPGEF/UFSM) para avaliar a compreensão geral das questões e o tempo de preenchimento do bloco de instrumentos desta pesquisa. A compreensão foi adequada, apenas uma questão do SAQ suscitou dúvida quanto ao significado da expressão “o moral”, então se optou por explicar o significado “o estado de espírito” a todos os participantes. O tempo para preenchimento ficou entre 20 e 30 minutos.

Posteriormente, foi realizado treinamento dos coletadores, pelos autores e pesquisadores responsáveis, com entrega do Manual do Coletador (elaborado pelos autores da pesquisa), documentos e autorizações do projeto, materiais necessários a coleta dos dados, com demonstração de procedimentos, discussão e alinhamento de condutas. O grupo de coletadores foi composto pelos autores do projeto matricial, a que este projeto se vincula, e os colaboradores, componentes do referido grupo de pesquisa. As dúvidas que surgiram durante a coleta de dados foram discutidas e dirimidas no grupo do projeto matricial, com ajuste de condutas.

1.4.5 Coleta de dados

A coleta foi realizada entre os meses de março e agosto de 2018, após o registro do projeto no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde, da aprovação da Gerência de Ensino e Pesquisa da instituição hospitalar e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.

Os participantes foram convidados a responder à pesquisa no ambiente e turno de trabalho, em momento que não comprometesse a realização das atividades laborais. Inicialmente foram apresentados os objetivos e a forma de participação e, para aqueles que aceitaram participar do estudo, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) em duas vias que foram assinadas por ambos, pesquisador e participante, ficando uma via na posse de cada um.

Os instrumentos de coleta de dados eram auto-preenchíveis (ANEXOS A e B, APÊNDICE C). Vários profissionais solicitaram mais tempo para o preenchimento das questões, e assim ficaram com o instrumento, com data marcada para o recolhimento. Após três tentativas de recuperar estes instrumentos, sem sucesso, foram considerados perdidos. Foram entregues 1100 instrumentos, 816 (74,1%) retornaram aos coletadores.

1.4.6 Análise estatística dos dados

Após a coleta, por meio dos referidos instrumentos, os dados foram organizados em planilhas eletrônicas no *Excel*®, com dupla digitação independente e verificação de erros e inconsistências, garantindo controle de qualidade ao banco de dados. Estes foram exportados e analisados no programa *PASW Statistic*® (*Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago, USA*), versão 18.0 para Windows. Para as variáveis qualitativas foram utilizadas distribuição de frequência relativa e absoluta, e para variáveis quantitativas, medidas de posição (média ou mediana) e dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil), de acordo com a normalidade dos dados, verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para verificar as associações entre presenteísmo e cultura de segurança foi aplicado o teste do qui-quadrado, adotando-se como significativas aquelas com $p < 0,05$. Os resultados foram apresentados em tabelas (LAKATOS e MARCONI, 2010).

1.4.7 Considerações éticas

O projeto foi encaminhado à Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM, para autorização institucional. Também foi registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (CCS), e na Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, e obteve aprovação em todas as instâncias (ANEXO C e D).

Os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos, regidos pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013d), foram respeitados, garantindo a vontade e o anonimato dos participantes. Aos participantes convidados foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), em duas vias, com a assinatura da pesquisadora e do participante, ficando uma via na posse de cada um. Foi garantido o sigilo dos dados obtidos, firmado no Termo de confidencialidade (APÊNDICE B).

Como riscos desta pesquisa foram colocados que poderia ocorrer cansaço ou desconforto por parte do participante no preenchimento dos instrumentos, e mobilização de sentimentos por lembranças de experiências vivenciadas no trabalho. Nesses casos, a coleta de dados poderia ser interrompida, com a possibilidade de ser retomada em outro momento ou não, a depender da vontade do participante. Foi afirmado que a pesquisa não oferecia benefícios diretos aos participantes, porém os resultados poderiam contribuir na elaboração de estratégias para melhorias, no que se referem à saúde do trabalhador e segurança do paciente,

na instituição, além de contribuir para a construção do conhecimento em enfermagem, e saúde em geral.

Os resultados serão apresentados às gerências do hospital, como contribuição ao conhecimento da interface saúde do trabalhador e segurança do paciente, podendo ser utilizado na elaboração de medidas e programas de melhorias para a saúde do trabalhador e qualidade assistencial.

2 ARTIGO 1

Presenteísmo de profissionais de saúde em ambiente hospitalar⁵

Objetivo: Verificar a associação entre a prevalência de presenteísmo e variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde de profissionais de saúde hospitalares. **Métodos:** Estudo transversal, com profissionais de saúde de um hospital universitário do sul do Brasil. O instrumento de coleta de dados compreendeu um questionário de caracterização sociodemográfica, laboral e de perfil de saúde, e a *Stanford Presenteeism Scale - 6*. Para análise empregou-se estatística descritiva e teste do qui-quadrado. **Resultados:** Dos 758 participantes, a maioria foi representada pelo sexo feminino (78,5%), mediana de idade de 40 anos, com especialização/residência (39,1%). Prevalência de 43,5% (n=330) de presenteísmo, com perda de produtividade para 13,7% (104) dos profissionais. O presenteísmo esteve associado ao sexo, setor de trabalho, cargo, intenção de deixar o trabalho, sono, atividade física, lazer, diagnóstico médico, uso de medicamentos e afastamento no último ano. **Conclusão:** Observou-se alta prevalência de presenteísmo, associado a diversas variáveis. A maioria avaliou que se concentrou e terminou suas tarefas, apesar dos problemas de saúde, no entanto uma parcela teve sua produtividade afetada o que pode fragilizar a assistência, devendo ser considerada e tratada, para o bem dos profissionais e pacientes.

Descritores: Presenteísmo; Pessoal de saúde; Saúde do trabalhador; Hospitais; Eficiência.

Descriptors: Presenteeism; Health personnel; Occupational health; Hospitals; Efficiency.

Descriptores: Presentismo; Personal de salud; Salud laboral; Hospitales; Eficiencia.

Introdução

O trabalho tem papel central na existência humana, participando das suas várias dimensões, não restritas às atividades laborais e de subsistência, envolve o desenvolvimento integral do ser e da sua relação com o mundo⁽¹⁻³⁾. É fonte de prazer e sofrimento, na medida em que significa a inclusão do indivíduo no mundo social, no coletivo, garantindo meios para a sua subsistência e, paradoxalmente, impõe-se as adversidades profissionais, doenças

⁵ Artigo elaborado conforme as recomendações gerais para publicação em periódicos da área de saúde e de enfermagem.

ocupacionais, ambientes inseguros, e injustiças resultantes da exploração do trabalhador, afetando sua qualidade de vida e saúde^(3,4).

Nessa perspectiva, o trabalhador da saúde, está sujeito, como qualquer trabalhador, aos problemas advindos da conjuntura econômica e política, somadas às especificidades da sua atividade. Esta exige mobilização intensa das capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, a vivência das relações afetivas com os usuários e a troca de saberes nesta relação, a necessidade de socialização, cooperação e criação de grupos e redes^(5,6). São exigências que implicam custos ao trabalhador e, considerando o contexto hospitalar, instituições complexas por natureza, o impacto pode ser significativo. Os hospitais envolvem grande especialização e diversidade de trabalhadores, grandes volumes de materiais, equipamentos e medicamentos; enfrentando dificuldades na padronização de normas e procedimentos, além dos, já assinalados, aspectos emocionais envolvidos na prestação dos serviços⁽⁷⁾.

A saúde dos trabalhadores da saúde, também objeto de vários estudos⁽⁸⁻¹⁰⁾, principalmente na área da enfermagem e medicina^(10,11), é abordada com objetivo de compreender as condições de trabalho, os riscos, as causas das doenças ocupacionais, suas prevalências e consequências, e a interferência na produtividade⁽¹²⁾, na instituição e na sociedade. No Brasil as pesquisas sobre saúde de trabalhadores hospitalares focam as condições de trabalho, as diferentes categorias profissionais, ou as condições típicas do trabalho em serviço hospitalar: trabalho em turno, atuação em emergências e UTI, biossegurança, acidentes e riscos ocupacionais, ritmo de trabalho, estresse, *burnout* e esgotamento profissional, conflitos gerenciais e profissionais, violência, precariedade nos salários e condições contratuais, dentre outros⁽¹⁰⁾.

Estudos na temática evidenciam que trabalhadores comparecem ao trabalho em mau estado de saúde, podendo afetar o resultado do trabalho^(13,14), condição definida como presenteísmo. Enquanto o absenteísmo, definido como a ausência crônica ao trabalho ou a

outras obrigações, obviamente afeta a produtividade, pois o trabalhador não está trabalhando, esta medida é mais difícil de ser realizada no presenteísmo, uma vez que o trabalhador está no local de trabalho, porém doente ou com sinais ou sintomas de adoecimento⁽¹³⁻¹⁵⁾.

O presenteísmo é um fenômeno com múltiplos fatores condicionantes e determinantes, variando, por exemplo, conforme gênero, condições de ambiente, apoio da instituição para tratar problemas de saúde, estabilidade no vínculo, entre outros^(14,16) e é apontado como fator de risco para o absenteísmo por doença, pois trabalhar doente piora a condição, levando a ausência para tratamento subsequentemente^(12,14,15). Além do medo de perder o emprego, outros fatores individuais e organizacionais são apontados como contribuintes para o trabalhador se apresentar no trabalho sem plenas condições, como o receio de sobrecarregar os colegas, e prejudicar o resultado e a produtividade^(14,16-18).

Os trabalhadores mais presenteístas encontram-se na área da educação e da saúde^(14,19), ambas desenvolvendo atividades em contato direto com pessoas (alunos ou pacientes), justificando a preocupação em faltar e prejudicar o atendimento, o que é apontado como determinante na decisão de ir trabalhar doente nesta população^(14,16,19).

Entre os problemas de saúde mais referidos, com interferência na produtividade, aparecem: cefaleia/enxaqueca, alergias, depressão, estresse, gripe, resfriado, asma, amigdalite, sinusite, dor musculoesquelética, nos membros e na coluna^(13,18,20). Limitações físicas aparecem como responsáveis pela maior perda de produtividade entre enfermeiros, com correlação direta e significativa entre estresse e presenteísmo, em que a perda de produtividade, mesmo pequena, é considerada importante nas consequências para a assistência⁽²¹⁾.

É um importante tema de saúde do trabalhador e, especificamente, do trabalhador da saúde, cujo resultado da produtividade é dar conta das necessidades do usuário e perdas nesta área podem significar riscos à segurança do paciente, assim como agravar os riscos à saúde do

trabalhador. Os estudos vêm se ampliando nesta temática e predominam investigações com equipes de enfermagem, na grande maioria, e médicos^(11,14). Quais variáveis estão associadas ao presenteísmo de profissionais de saúde que atuam no hospital? Motivado por esta questão, este estudo ampliou a categoria de participantes, objetivando verificar a associação entre a prevalência de presenteísmo e variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde de profissionais de saúde atuantes em hospitalares.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal; realizado em um hospital de ensino, de alta complexidade do Rio Grande do Sul (RS), Brasil, referência regional em saúde, com atendimento exclusivo pelo SUS, desenvolvendo ações de ensino, pesquisa e extensão. Os trâmites éticos e legais foram respeitados, obtendo-se autorização da instituição e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa local (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 80587417.0.0000.5346, e parecer de aprovação: 2.447.277 de 19 de dezembro de 2017).

A população de trabalhadores do hospital compunha-se de 1830 trabalhadores, dos quais, 1579 foram classificados como profissionais de saúde, trabalhadores que detém formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde. A partir deste número, foi realizado um cálculo amostral para população finita, com erro de 0,05 e 95% de confiança, estimando o mínimo de 310 participantes na amostra.

Definiram-se como critérios de inclusão a atuação mínima de quatro semanas e carga horária mínima de 20 horas semanais. A escala de presenteísmo foi preenchida por quem trabalhou com problemas de saúde nos últimos 30 dias. Foram excluídos os que estavam afastados, por qualquer motivo, no período da coleta de dados.

Antes de iniciar a coleta de dados foi realizado um teste piloto, entre os participantes do grupo de pesquisa para avaliar a compreensão geral das questões e o tempo de preenchimento do bloco de instrumentos. Posteriormente, foi realizada capacitação dos coletadores, pelos autores e pesquisadores responsáveis, com entrega do Manual do Coletador (elaborado pelos autores da pesquisa), documentos e autorizações do projeto, materiais necessários à coleta dos dados, com demonstração de procedimentos, discussão e alinhamento de condutas.

Utilizou-se de amostragem por conveniência, em que os trabalhadores foram acessados em seus locais e horários de trabalho, entre março e agosto de 2018, convidados a participar e responder à pesquisa no ambiente e turno de trabalho, em momento que não compromettesse a realização das atividades laborais. Alguns permaneceram com o instrumento para responder em momento oportuno e, nesse caso, foi agendado o recolhimento, e realizadas até três tentativas de recuperação dos mesmos, em diferentes dias. Em conformidade com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS, inicialmente foram apresentados os objetivos da pesquisa, esclarecidos os possíveis riscos e os benefícios decorrentes, a garantia da confidencialidade e a forma de participação. Os que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram obtidos por meio de dois instrumentos, preenchidos pelo participante. Um questionário, desenvolvido pelos autores, para coleta de informações sociodemográficas (idade, sexo, situação conjugal, número de filhos, maior formação completa), laborais (setor, regime e cargo de trabalho; tempo de formado no cargo, tempo de trabalho na instituição e no setor; turno e carga horária semanal de trabalho; outro emprego ou vínculo empregatício, qual emprego e carga horária semanal neste outro emprego; dias sem folga no setor; satisfação com o trabalho e intenção de deixar o trabalho) e perfil de saúde (necessidade de horas de sono diária e horas efetivamente dormidas; tempo de uso de computador e celular; prática de

atividade física; tempo para lazer; problema de saúde diagnosticado e qual problema de saúde; uso de medicamento contínuo, com e sem prescrição médica; tabagismo; afastamento no último ano, e número de dias). E, para avaliar o presenteísmo, foi aplicada a *Stanford Presenteeism Scale - 6* (SPS-6), preenchida pelos participantes que afirmaram comparecimento ao trabalho, nos últimos 30 dias, com problema de saúde ou sinais e sintomas de adoecimento. Foi acrescentada uma questão para avaliar as motivações do participante em se apresentar ao trabalho nestas condições.

A SPS-6 mede especificamente o presenteísmo, problemas de saúde e a produtividade entre os trabalhadores, numa avaliação retrospectiva, isto é, os últimos 30 dias de trabalho^(12,22). Composta por seis itens avaliados em uma escala tipo Likert, variando de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente) as afirmações descrevem como o estado de saúde afetou, ou não, o trabalho^(12,20,22).

Dois dimensões de presenteísmo emergem da escala, compostas de três itens cada. A primeira (itens 2, 5 e 6), associada ao constructo de “trabalho finalizado” (TF), refere-se à quantidade de trabalho efetuada pelo trabalhador sob influência das causas de presenteísmo, associados aos sintomas físicos, foca o resultado do trabalho. A segunda (itens 1, 3 e 4) diz respeito à “distração evitada” (DE), corresponde à capacidade de concentração do trabalhador presenteísta, mais associado a origens psicológicas, foca o processo de trabalho^(12,22,23).

A análise da escala é feita separadamente para as duas dimensões, TF e DE; e pela soma do escore global, a partir da soma das duas dimensões. Para a soma do escore global da SPS-6 deve-se, antes, reverter a pontuação (*reverse-scoring*) dos itens 1, 3 e 4^(18,22). As pontuações dos itens, somadas, variam de seis a 30, medindo as habilidades dos respondentes para se concentrar e executar o trabalho, apesar de estarem doentes. Um escore baixo, ≤ 18 pontos, indica redução de desempenho quando os indivíduos se encontram afetados pelo

presenteísmo. Pontuações elevadas, ≥ 18 , correspondem à maior capacidade do trabalhador em se concentrar e realizar o trabalho, ou seja, este foi menos afetado pelo presenteísmo^(12,18,22,24).

Individualmente, na dimensão TF a leitura é similar com a leitura da escala total, quanto mais baixo for o escore, mais dificuldades o indivíduo teve em completar o seu trabalho devido ao seu problema de saúde; já a leitura da dimensão DE é feita sem a reversão dos escores, e quanto maior a pontuação menor foi a concentração no trabalho, pior o estado psicológico no desempenho das funções^(22,24). Maiores valores no escore total da SPS-6 e na TF e menor valor na DE, indicam melhor estado do trabalhador e menor impacto do presenteísmo no trabalho.

Os dados, organizados em planilha eletrônica no *Microsoft Excel*®, versão 7,0, com dupla digitação independente e verificação e correção de erros e inconsistências, foram exportados e analisados no programa *PASW Statistic*® (*Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago, USA*), versão 18.0 para Windows. O tratamento e análise dos dados foram feitos por meio de estatística descritiva; para variáveis qualitativas foram utilizadas distribuição de frequência relativa e absoluta; para variáveis quantitativas, medidas de posição central (média ou mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil), de acordo com a normalidade dos dados, verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A análise da SPS-6 seguiu a orientação dos autores e tradutores^(12,18,22,24). Na verificação de associações entre presenteísmo e as outras variáveis foi realizada análise bivariada, com teste do qui-quadrado, adotando-se como significativas as associações com $p < 0,05$.

Resultados

Participaram 758 (48%) profissionais de saúde atuantes no hospital, cuja caracterização sociodemográfica evidenciou: predomínio do sexo feminino, 595 (78,5%), com companheiro/a, 563 (75,2%) e com filhos, 507 (66,9%); 296 (39,1%) apresentavam como

maior formação completa a especialização/residência, seguidos de 157 (20,7%) com ensino médio, 155 (20,4%) com graduação, 118 (15,6%) mestres e 25 (3,3%) doutores. Outras características estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Descrição das variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais de saúde. RS, Brasil, 2018.

Variável	Mediana (IIQ)*
Idade em anos	40 (34-49)
Número de filhos	2 (1 - 2)
Tempo que está formado para o cargo, em meses	156 (84-240)
Tempo de trabalho na instituição, em meses	54 (35 – 186)
Tempo de trabalho no setor/unidade, em meses	42 (30 – 120)
Carga horária semanal	36 (30-36)
Carga horária semanal no 2º emprego	24 (12-30)
Horas necessárias de sono/dia	8 (7-8)
Horas de sono efetivas/dia	6 (6-7)
Minutos/dia no computador	120 (60-180)
Minutos/dia no celular	120 (60-240)
Dias de afastamento no último ano	7 (2-15)

Fonte: Autor, dados da pesquisa, 2018.

*IIQ – intervalo interquartilico

A questão contrato ou regime de trabalho apontou 359 (47,4%) profissionais celetistas, 347 (45,9%) estatutários (RJU) e 50 (6,6%) residentes (médicos); 142 (18,7%) tinham outro emprego, 95 (12,5%) desenvolviam esta atividade na assistência em saúde e 32 (4,2%) na docência. O turno de trabalho predominante foi o misto para 268 (35,4%) participantes; 712 (93,9%) estavam satisfeitos em trabalhar no seu setor e 69 (9,1%) manifestaram intenção de deixar o trabalho.

Quanto ao perfil de saúde, as horas de sono foram avaliadas como insuficientes ou pouco suficientes por 419 (55,3%) profissionais; 305 (40,2%) praticavam atividades físicas e 194 (25,6%) o faziam às vezes; 21(2,8%) fumavam e 28 (3,7%) fumavam às vezes. O tempo para o lazer foi avaliado como insuficiente, ou pouco suficiente, por 483 (63,7%) participantes.

Quanto a problemas de saúde, 329 (43,4%) afirmaram ter um ou mais diagnósticos médicos; 325 (42,9%) indicaram o(s) problema(s), prevalecendo os relacionados ao sistema

cardiovascular com 93 (12,4%) referências; seguidos do sistema endócrino e metabólico com 89 (11,5%), osteomuscular com 79 (10,4%), psiquiátrico/psicológico com 54 (7,1%) e respiratório com 24 (3,2%).

Sobre o uso de medicamentos contínuos, 376 (49,6%) profissionais afirmaram usar um ou mais medicamentos com prescrição médica e 364 (48%) informaram o medicamento, prevalecendo medicamentos de ação no sistema nervoso, referidos por 121 (16%) usuários, seguido de anticoncepcionais e hormônios de reposição com 106 (14%) referências. Os anti-hipertensivos, diuréticos e cardiovasculares foram referidos por 92 (12,1%) usuários, seguidos de hormônio tireoidiano com 55 (7,3%) e antidiabéticos com 25 (3,3%) referências, cada.

Na avaliação do presenteísmo, 330 (43,5%) afirmaram comparecimento ao trabalho, nos últimos 30 dias, com algum problema de saúde, sinal ou sintoma de adoecimento, caracterizando-se como presenteístas. As medidas de posição e dispersão na pontuação e escore global da SPS-6, e nas suas dimensões, estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Média, mediana, mínimo e máximo nas pontuações e escores da SPS-6 e suas dimensões, TF e DE, na avaliação de profissionais de saúde (n=330). RS, Brasil, 2018.

Escala/dimensões	Min-Máx	Média (DP)	Mediana (IIQ)
Escore global SPS-6	7-30	20,89 (4,72)	21 (18-24)
Escore TF	3-15	12,48 (2,66)	13 (11-15)
Escore DE	3-15	9,60 (3,5)	10 (7-12)
Pontuação SPS-6	1,17-5	3,48 (0,79)	3,5 (3-4)
Pontuação TF	1-5	4,16 (0,89)	4,33 (3,67-5)
Pontuação DE	1-5	3,20 (1,17)	3,33 (2,33-4)

Fonte: Autor, dados da pesquisa, 2018.

TF = Trabalho finalizado; DE = Distração evitada; DP = Desvio padrão; IIQ = Intervalo Interquartilico

Na associação de presença/ausência de presenteísmo com as características dos participantes, observou-se associação significativa com maiores prevalências nas seguintes variáveis (grupos): sexo feminino, horas de sono insuficientes, ausência de prática de atividade física, tempo para lazer insuficiente, ter diagnóstico de problema de saúde e ter afastamento para tratar problemas de saúde no último ano ($p < 0,001$); cargo (enfermagem),

intenção de deixar o trabalho e uso de medicamento contínuo ($p=0,001$); e setor de trabalho (Pronto socorro e Unidade de internação cirúrgica) ($p=0,003$).

Entre os presenteístas, 172 (52,1%) tinham diagnóstico médico de problema de saúde: 43 (25%) referiram o sistema cardiovascular, sendo a hipertensão o principal sinal; 36 (20,9%) tinham diagnóstico relacionado ao sistema osteomuscular, onde dores articulares e de coluna vertebral foram as mais citadas; 32 (18,6%) relataram problemas no sistema endócrino e metabólico (hipotireoidismo, diabetes e colesterol elevado) e 20 (11,6%) diagnosticados com problemas psiquiátricos ou psicológicos (depressão e ansiedade, principalmente). No último ano, 130 (39,4%) se afastaram por algum período, para tratar problemas de saúde, 114 (34,5%) informaram o número de dias, mediana de 5 (IIQ=3-15) dias de licença, mínimo um e máximo de 365 dias.

Um total de 190 (57,6%) usava medicamentos com prescrição médica, e 182 (55,2%) indicaram qual: 48 (26,4%) usavam medicamentos de ação no sistema nervoso central, na maioria antidepressivos e ansiolíticos; 41 (22,5%) usavam hormônios anticoncepcionais ou de reposição; e 40 (22%) usavam medicamentos de ação no sistema cardiovascular, que incluíam hipotensores e diuréticos, na maioria. Quanto aos sinais/sintomas de adoecimento que apresentaram no trabalho, 288 (87,3%) especificaram: prevaleceram sinais/sintomas de problemas do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, principalmente dor, referidos por 151 (45,8%) profissionais (117 como primeiro e 34 como segundo problema de saúde); seguidos de 70 (21,2%) relacionados ao sistema respiratório, prevalecendo os sintomas gripais.

Quanto aos motivos que levaram os profissionais a comparecer ao trabalho, mesmo doentes, mais de um motivo foi indicado: 252 (76,4%) afirmaram que a sua ausência sobrecarregaria os colegas e 163 (49,4%) que a sua ausência comprometeria a assistência; 37 (11,2%) declararam que não haveria substituição e o trabalho se acumularia; 31 (9,4%)

citaram o compromisso e a responsabilidade; 30 (9,1%) referiram medo de perder o emprego; 12 (3,6%) informaram a necessidade de repor horas ausentes, e nove (2,7%) alegaram a dificuldade de obter licença/atestado médico para se afastar.

Os profissionais presenteístas foram classificados em baixo e alto presenteísmo, conforme a pontuação ≤ 18 ou > 18 , respectivamente. A frequência destas classificações, associadas às variáveis sociodemográficas e perfil de saúde (Tabela 3), e ao perfil laboral (Tabela 4), estão descritas a seguir.

Tabela 3 – Frequência de baixo presenteísmo e alto presenteísmo de profissionais de saúde hospitalares, associados às variáveis sociodemográficas e perfil de saúde. RS, Brasil, 2018.

(continua)				
Variáveis	Presenteísmo n = 330 (100%)			p
		$\leq 18 =$ baixo 104 (31,5%)	$> 18 =$ alto 226 (68,5%)	
Sociodemográficas				
Idade				
	Até 35 anos	40 (42,1%)	55 (57,9%)	0,010
	36 anos ou mais	64 (27,6%)	168 (72,4%)	
Sexo				
	Masculino	15 (30%)	35 (70%)	0,820
	Feminino	88(31,5%)	191 (68,5%)	
Companheiro/a				
	Sem	23 (29,1%)	56 (70,9%)	0,680
	Com	78 (31,6%)	169 (68,4%)	
Filhos				
	Não	45 (44,6%)	56 (55,4%)	0,001
	Sim	59 (25,8%)	170 (74,2%)	
Formação				
	Ensino Fundamental e Médio	23 (32,9%)	49 (68,1%)	0,341
	Graduação	16 (22,2%)	56 (77,8%)	
	Especialização/Residência	44 (35,5%)	80 (64,5%)	
	Mestrado	17 (32,7%)	35 (67,3%)	
	Doutorado	4 (44,4%)	5 (55,5%)	
Perfil de saúde				
Horas de sono				
	Insuficiente	74 (35,4%)	135 (64,6%)	0,030
	Suficiente	29 (24,2%)	91 (75,8%)	
Pratica atividade física				
	Não	38 (29,0%)	93 (71,0%)	0,410
	Sim	32 (29,9%)	75 (70,1%)	
	Às vezes	34 (37,0%)	58 (63,0%)	

				(conclusão)
Variáveis		Presenteísmo		<i>p</i>
		n = 330 (100%)		
		≤18 = baixo 104 (31,5%)	>18 = alto 226 (68,5%)	
Tempo para lazer				
	Insuficiente	85 (35,6%)	154 (64,4%)	0,010
	Suficiente	19 (21,1%)	71 (78,9%)	
Diagnóstico de problema de saúde				
	Não	51 (33,8%)	100 (66,2%)	0,430
	Sim	53 (29,8%)	125 (70,2%)	
Medicação contínua				
	Não	40 (29,4%)	96 (70,6%)	0,780
	Sim, com prescrição	63 (33,0%)	128 (67,0%)	
	Sim, por conta própria	1 (33,3%)	2 (66,7%)	

Fonte: Autor, dados da pesquisa, 2018

Houve associação significativa ($p < 0,05$) com as variáveis: idade, presença de filhos, horas de sono e tempo para o lazer.

Tabela 4 – Frequência de baixo presenteísmo e alto presenteísmo de profissionais de saúde hospitalares, associados às variáveis laborais, RS, Brasil, 2018.

				(continua)
Variáveis laborais		Presenteísmo		<i>p</i>
		n = 330 (100%)		
		≤18 = baixo 104 (31,5%)	>18 = alto 226 (68,5%)	
Setor de trabalho				
	Pronto Socorro	12 (44,4%)	15 (55,6%)	0,020
	Ginecologia e Obstetrícia	11 (33,3%)	22 (66,7%)	
	Unidade de Cirurgia Geral - Internação	18 (58,1%)	13 (41,9%)	
	Clínicas Médica I e II, Nefrologia e Pneumologia	12 (26,1%)	34 (73,9%)	
	UTI Adulto e Unidade Coronariana	4 (22,2%)	14 (77,8%)	
	Unidade Pediátrica	4 (28,6%)	10 (71,4%)	
	UTI Pediátrica e Neonatal	12 (33,3%)	24 (66,7%)	
	Bloco Cirúrgico, Sala de Recuperação e Centro de Material e Esterilização	8 (20,5%)	31 (79,5%)	
	Serviços Diagnósticos	6 (37,5%)	10 (62,5%)	
	Ambulatórios e Hemoterapia	2 (10,0%)	18 (90,0%)	
	Unidade Psicossocial	4 (44,4%)	5 (55,6%)	
	Centro de Transplantes de Medula, Tratamento da Criança com Câncer, Radioterapia e Quimioterapia	9 (34,6%)	17 (65,4%)	
	Administrativos e Farmácia Hospitalar	2 (13,3%)	13 (86,7%)	

(conclusão)

Variáveis laborais	Presenteísmo		<i>p</i>	
	n = 330 (100%)			
	≤18 = baixo 104 (31,5%)	>18 = alto 226 (68,5%)		
Regime de trabalho				
	Celetista	58 (37,4%)	97 (62,6%)	0,040
	Estatutário	38 (24,5%)	117 (75,5%)	
	Outro	7 (36,8%)	12 (63,2%)	
Cargo				
	Multiprofissional superior	14 (48,3%)	15 (51,7%)	0,100
	Enfermeiros	30 (30,6%)	68 (69,4%)	
	Médicos	13 (35,1%)	24 (64,9%)	
	Téc. e Aux. de Enf. e Aux. de Saúde	44 (28,9%)	108 (71,1%)	
	Téc. em Radiologia, Laboratório e Farmácia	3 (21,4%)	11 (78,6%)	
Tempo em que está formado para o cargo				
	Até 120 meses	43 (35,8%)	77 (64,2%)	0,170
	121 meses ou mais	58 (28,6%)	145 (71,4%)	
Tempo de trabalho na instituição				
	Até 48 meses	61 (38,9%)	96 (61,1%)	0,006
	49 meses ou mais	43 (24,9%)	130 (75,1%)	
Tempo de trabalho no setor				
	Até 36 meses	42 (35,5%)	77 (64,7%)	0,290
	37 meses ou mais	62 (29,7%)	147 (70,3%)	
Turno de trabalho				
	Manhã	22 (30,6%)	50 (69,4%)	0,170
	Tarde	24 (40,7%)	35 (59,3%)	
	Noite	22 (23,9%)	70 (76,1%)	
	Misto	36 (33,6%)	71 (66,4%)	
Carga horária semanal				
	Até 35 horas	41 (26,5%)	114 (73,5%)	0,057
	36 horas ou mais	63 (36,2%)	111 (63,8%)	
Outro emprego ou vínculo empregatício				
	Não	88 (31,9%)	188 (68,1%)	0,800
	Sim	16 (30,2%)	37 (69,8%)	
Satisfeito com o setor de trabalho				
	Não	14 (60,9%)	9 (39,1%)	0,002
	Sim	90 (29,4%)	216 (70,6%)	
Intenção de deixar o trabalho				
	Não	68 (27,8%)	177 (72,2%)	0,010
	Sim	22 (48,9%)	23 (51,1%)	
	Não sabe/Não pensou	14 (38,9%)	22 (61,1%)	

Fonte: Autor, dados da pesquisa, 2018.

Houve associação significativa ($p < 0,05$) com as seguintes variáveis: regime/contrato de trabalho, setor de trabalho, satisfação no setor de trabalho, intenção de deixar o trabalho e tempo de trabalho na instituição.

Um total de 104 (31,5%) profissionais presenteístas foi classificado em ‘baixo presenteísmo’, ou seja, sua produção foi afetada, prejudicada, pelo estado de saúde. A maioria, 226 (68,5%) em ‘alto presenteísmo’, manteve a produtividade esperada. Considerando o total de profissionais no estudo ($n=758$), 13,7% avaliaram que a sua produtividade foi aquém do esperado.

Discussão

Os profissionais de enfermagem foram os que mais aderiram à pesquisa, correspondendo a 66,6% (505) dos participantes, justificando também o predomínio do sexo feminino na amostra, o que é verificado em vários estudos na área da saúde^(12,26,26). Esta categoria representa o maior contingente de profissionais no hospital e está mais acessível, atuando numa unidade fixa, facilitando o encontro e convite à participação. Também se credita à cultura de participação em pesquisas, frequentes neste hospital. Na formação profissional, a grande maioria (78,4%) tinha, no mínimo, graduação. Dado esperado para um hospital de ensino, que atende a alta complexidade, exigindo formação adequada para um trabalho especializado aos usuários do SUS.

No perfil de saúde destaca-se o alto percentual de profissionais com diagnósticos de problemas de saúde e uso de medicamentos prescritos. O diagnóstico mais prevalente envolve o sistema cardiovascular e os medicamentos mais prescritos agem no sistema nervoso. Identificam-se, nesta discrepância, possíveis explicações: alguns profissionais não consideram seus problemas mentais como um diagnóstico de problemas de saúde, subestimando-os em relação aos físicos; ou existe um uso indiscriminado destes medicamentos de ação no sistema nervoso, como um reflexo da ‘medicalização da vida’, epidemia da nossa época⁽²⁷⁾,

corroborado pelo acesso facilitado, no ambiente e contato profissional, aos meios de adquirir estes medicamentos. Todavia, os agravos de saúde mental nesta população não são incomuns^(28,29), e o achado reflete que o trabalhador buscou tratamento. Aponta-se ainda a alta prevalência de profissionais que dormem e se divertem pouco, o que pode justificar, ou mesmo refletir, o uso destes medicamentos.

As doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes, conforme a Pesquisa Nacional de Saúde (2013), eram hipertensão arterial (21,4%), depressão (7,6%), artrite (6,4%) e diabetes mellitus (6,2%), e todas as doenças foram mais frequentes entre as mulheres⁽³⁰⁾. Comparando com nosso estudo, problemas cardiovasculares e mentais, são os mais prevalentes, considerando o uso de medicamentos prescritos.

O estudo evidenciou alta prevalência de presenteísmo (43,5%), atingindo todas as categorias, com maior percentual nas categorias da equipe de enfermagem, com valores próximos a 50%, condizente com outros estudos que apontam elevados índices de presenteísmo entre estes profissionais^(8,12,17). O estudo de validação da SPS-6 para o Brasil evidenciou prevalência um pouco maior, correspondendo a 56,2% (153) da amostra de profissionais de enfermagem⁽¹²⁾. Em outro, somente com enfermeiros, o presenteísmo atingiu 74,9%⁽⁸⁾. Entre médicos e pessoal de enfermagem, de serviços de urgência e emergência espanhóis, a prevalência de presenteísmo foi 52,9%⁽²⁶⁾, e entre médicos e dentistas da Nova Zelândia chegou a 88%⁽¹⁶⁾. Corroborando a alta prevalência desta condição nos profissionais de saúde.

A prevalência de presenteísmo foi maior nas Unidades de Pronto Socorro, Cirurgia Geral - Internação e Clínicas médicas. O Pronto Socorro é uma unidade que, além das características específicas da urgência e emergência, frequentemente enfrenta situações de superlotação. A Unidade de Internação de Cirurgia Geral é a maior, o que também justifica altas demandas à equipe, como as trocas de curativos que demandam tempo do trabalhador,

por exemplo, e o fluxo de pacientes pré e pós-cirúrgicos. As Unidades de Clínica Médica recebem muitos pacientes com agravos crônicos, alguns em ventilação mecânica, com prescrição de cuidados semi-intensivos. Indicando que o ambiente e condições de trabalho onde se vivenciam altas cargas afetam negativamente a saúde do trabalhador^(9,11,26).

Uma avaliação de 1857 ocorrências de saúde, envolvendo trabalhadores de enfermagem de um grande hospital de ensino paulista (Brasil), encontrou prevalência de 34,7% (641) de doenças do sistema osteomuscular, dentre as quais 54,6% (350) correspondiam às dorsalgias⁽³¹⁾. Outro estudo com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino evidenciou que 158 (74,9%) apresentaram presenteísmo e 151 (71,6%) referiram a dor lombar, coincidindo com menor pontuação na escala de presenteísmo⁽⁸⁾. Corroborando nosso achado de 45,8% (151) de prevalência destes problemas como causa de presenteísmo.

A média no escore global da SPS-6 [20,89 (DP 4,72)] ficou um pouco acima do ponto de corte para perda de produtividade, no entanto, ao dicotomizar em baixo e alto presenteísmo, 13,7% dos profissionais participantes tiveram perda de produtividade, o que pode ter comprometido o cuidado dispensado no período. Estudo espanhol com pessoal médico e de enfermagem, de serviços de urgência e emergência, a prevalência de presenteísmo foi maior, 52,9%, com pontuação média na SPS-6 de 19,8 (DP 4,2), mais baixa que no nosso estudo, porém não foi analisado alto e baixo presenteísmo na amostra⁽²⁶⁾. Em estudo croata com enfermeiros, os escores médios do SPS-6 estavam acima de 18, em todos os departamentos do hospital, sugerindo que o presenteísmo não teve relação com o local de trabalho⁽²⁵⁾.

O compromisso com os colegas e com os pacientes foi apontado, pela maioria, como o motivo de não faltar ao trabalho, pois os prejudicaria, convergindo com outros estudos^(12,14,16,19). Percebe-se o risco de se atingir o oposto do intento, ou seja, comparecer

doente para não prejudicar o outro e, por este fato colocar em risco o paciente e sobrecarregar os colegas. É consenso nas pesquisas que o presenteísmo deve ser evitado, por seus efeitos negativos, tanto para o indivíduo como para a organização⁽¹⁵⁾. No entanto, algumas pesquisas trazem fatores positivos relacionados ao fenômeno, como o engajamento no trabalho, o senso de responsabilidade e satisfação com o trabalho. Do ponto de vista do empregador, um trabalhador no serviço, produzindo um pouco, é melhor do que se estivesse ausente, produzindo nada. Mas o presenteísmo também traz vários riscos para a organização, como acidentes de trabalho, erros graves, contaminação de bens de consumo e disseminação de doenças virais⁽¹⁵⁾.

Também aparece entre os presenteístas a diferença entre o número de profissionais que informou diagnóstico de problemas mentais (20 = 11,6%) e o que informou uso de medicamentos prescritos para tratamento destes (48 = 26,4%). O trabalhador nem sempre relaciona sintomas mentais com problemas de saúde e presenteísmo⁽¹⁵⁾, e este achado converge para esta interpretação.

As associações significativas observadas na dicotomização do presenteísmo mostram que os profissionais de maior idade, com filhos, com suficiência de horas de sono e tempo para o lazer, sob o regime estatutário, satisfeitos no trabalho e com intenção de permanecer nele, apresentaram melhor produtividade. Isto sugere que estes profissionais são mais resilientes aos problemas de saúde, mantendo maior concentração e completando mais atividades. A experiência de ter filhos pode justificar esta maior resistência, considerando que os pais, mesmo enfermos, não deixam de atender seus filhos. E, mesmo com problemas de saúde, os trabalhadores que dormem melhor, têm tempo suficiente para o lazer e sentem-se bem no trabalho, parecem ter melhor qualidade de vida, refletindo em melhor produtividade. Vale destacar que sob o regime estatutário estão os trabalhadores mais antigos, mais

experientes ou adaptados ao trabalho, o que pode ser fator de proteção no seu rendimento. Estes também têm maior estabilidade no emprego e incluem os de maior idade.

A produtividade no trabalho na área da saúde resulta no cuidado ao paciente, e o presenteísmo, ao afetar a produtividade, pode afetar a atenção ao paciente e a sua segurança nos ambientes de cuidado^(12,15,17). O baixo presenteísmo afetou parcela significativa (13,7%) e mais pesquisas devem aprofundar a compreensão do seu impacto no cuidado ao paciente. Considerando que o cuidado é multiprofissional, coletivo, majoritariamente desenvolvido pela equipe de enfermagem, é importante compreender como a equipe se reorganiza para dar conta deste cuidado, frente ao presenteísmo do colega.

A principal limitação deste estudo deve-se a pequena representação, na maioria das categorias profissionais incluídas, não permitindo inferir resultados de forma a discutir a prevalência de presenteísmo por categoria profissional de saúde. Dificuldades foram relatadas quanto à adesão dos profissionais médicos, pela dificuldade de acessar este profissional ou indisponibilidade deste em aderir à pesquisa. Assim também ocorreu com outros profissionais de nível superior, que desenvolvem suas atividades em diferentes unidades, dificultando o encontro e oportunidade de convite à participação. Assim, nossos resultados não podem ser generalizados, com exceção da enfermagem, representada na amostra estudada. Por outro lado, a avaliação de presenteísmo no conjunto de trabalhadores fornece um panorama do fenômeno na instituição, promovendo a compreensão do mesmo em instituições semelhantes. Os hospitais de ensino representam estrutura fundamental para o atendimento de alta complexidade no SUS, na execução das políticas públicas de saúde, dependentes do trabalho especializado e, portanto, conhecer este fenômeno é contribuir para a melhoria na atenção à saúde destes trabalhadores e na qualidade dos serviços que prestam aos usuários do SUS.

Conclusão

A prevalência de presenteísmo neste hospital foi alta. Observou-se associação significativa com variáveis sociodemográficas, laborais e perfil de saúde. Maior prevalência entre os profissionais do sexo feminino, os que dormem pouco, não praticam atividade física, têm pouco tempo para lazer, têm diagnóstico de problemas de saúde, estiveram afastados para tratar problemas de saúde no último ano e usavam medicamentos prescritos. Também esteve associado ao cargo, mais prevalente na enfermagem; e ao local de trabalho, Pronto socorro e Unidade de internação cirúrgica; e nos que pretendiam deixar o trabalho.

Entre os presenteístas, ao dicotomizar em baixo/alto presenteísmo, ou seja, perda/manutenção da produtividade, associações significativas ocorreram com as variáveis laborais: regime e setor de trabalho, satisfação com o local de trabalho, tempo na instituição e intenção de deixar o trabalho. Entre as características sociodemográficas houve associação com a idade e filhos. Horas de sono e tempo para o lazer foram variáveis do perfil de saúde associadas.

Os sinais e sintomas de distúrbios osteomusculares foram os mais prevalentes entre os presenteístas. A sobrecarga é reconhecida como fator de adoecimento dos profissionais de saúde e se percebe o risco de geração de um círculo vicioso, onde o presenteísmo de alguns poderá ser fator causal de presenteísmo para outros, com aumento do absenteísmo relacionado.

Embora a maioria dos presenteístas tenha mantido sua produtividade dentro do esperado, parte avaliou que esta foi comprometida. As implicações para a assistência devem ser consideradas, uma vez que a qualidade e a quantidade das ações de cuidado prestadas aos pacientes podem ter sido afetadas. Pode, também, ter prejudicado a qualidade de vida no trabalho dos demais profissionais, pois atuar numa equipe multiprofissional onde uma parcela está afetada implica em sobrecarga para outra, considerando que este é um trabalho coletivo.

Por outro lado, se evidencia a força deste trabalho coletivo e solidário que é cuidar das pessoas, inclusive no cuidado entre pares, quando um trabalhador decide ir trabalhar com restrições para não sobrecarregar os outros e quando a equipe se reorganiza e colabora para ajudar este colega.

Conhecer a prevalência, as causas e os fatores associados ao presenteísmo é uma ferramenta fundamental para a gestão, balizando estratégias para tratar o problema na instituição, não por uma questão apenas econômica de manter e aumentar a produtividade, mas como medida para a qualidade no trabalho hospitalar, para a saúde do trabalhador e a segurança do paciente. Medidas que vêm, certamente, evitar perdas de recursos financeiros, tão escassos na saúde no nosso país.

Referências

1. Marx K. O Capital. São Paulo: Abril Cultural, 1983. v.I
2. Dejours C. Prefácio. In: Lancman S, Sznelwar LI. (Org.). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 15-21.
3. Zanelli JC. Presenteísmo: um fenômeno psicossocial em ascensão nas organizações de trabalho. In: Saúde do trabalhador: saberes e fazeres possíveis da psicologia do trabalho e das organizações. Comissão de Psicologia Organizacional e do Trabalho - Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2016 [acesso em 22 maio 2017]; p. 134-145. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/incluir/Livro%20crp%20SAUDE%20DO%20TRABALHADOR.pdf>
4. Lancman S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI (Org.). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 23-34.
5. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008 [acesso em 13 mar. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300024&lng=en&nrm=iso
6. Rios IC. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. Saúde soc., São Paulo, v. 17, n. 4, p. 151-160, Dec. 2008 [acesso em 18 mar. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000400015&lng=en&nrm=iso

7. Bittar OJNV. Cultura & qualidade em hospitais. In: Quinto Neto A, Bittar OJNV. Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Da Casa, 2004. [acesso em 26 out. 2016]. Cap.1. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/268447203_cultura_qualidade_em_hospitais
8. Santos HEC, Marziale MHP, Felli VEA. Presenteeism and musculoskeletal symptoms among nursing professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; 26:e3006 [acesso em 20 dez. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3006.pdf
9. Magnago TSBS, Lima ACS, Prochnow A, Ceron MDS, Tavares JP, Urbanetto JS. Intensidade da dor musculoesquelética e a (in)capacidade para o trabalho na enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. nov.-dez. 2012 [acesso em 27 mar. 2019];20(6):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000600015&script=sci_arttext&tlng=pt
10. Brito J, Pena PGL, Gomes L, Souto AP, Pires AC. A saúde dos trabalhadores da saúde: focos, abordagens e estratégias de pesquisa. In: Machado JMH, Assunção AA. (orgs). *Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012 [acesso em 12 nov. 2018]. p. 66-105. Disponível em: https://site.medicina.ufmg.br/next/wp-content/uploads/sites/33/2015/04/Panorama_e-book.pdf
11. Shimabuku RH, Mendonça H, Fidelis A. Presenteísmo - contribuições do Modelo Demanda-Control para a compreensão do fenômeno. *CPST [Internet]*. 30 dez. 2017 [acesso em 19 out. 2018]; 20(1):65-78. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/cpst/article/view/149103>
12. Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MTL, Bandeira de Mello DC. Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do Stanford Presenteeism Scale para avaliação do presenteísmo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. Fev. 2013 [acesso em 08 nov. 2018]; 21(1): 388-395. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100014&lng=en
13. Hemp P. Presenteeism: At work - But out of it. *Harvard Business Review* (2004) [acesso em: 22 jun. 2017]. Disponível em: http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Fachthemen/Hemp_2004_Presenteeism.pdf
14. Johns G. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Organiz. Behav.*31, 519–542 (2010) [acesso em: 28 mar. 2019]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.630>
15. Miraglia M, Johns G. Going to Work Ill: A Meta-Analysis of the Correlates of Presenteeism and a Dual-Path Model. *J Occup Health Psychol*; 21(3):261-83. 2016 [acesso em: 07 nov. 2018]. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/146488667.pdf>
16. Chambers C, Frampton C, Barclay M. Presenteeism in the New Zealand senior medical workforce - a mixed methods analysis. *N Z Med J*. 2017; 130 (449):10-22. [acesso em 12 nov. 2018]. Disponível em: http://www.nzma.org.nz/__data/assets/pdf_file/0005/53069/Chambers-FINAL.pdf

17. Umann J, Guido LA, Grazziano, ES. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*; 20(1):[08 telas]. Jan.-fev. 2012 [acesso em 18 jun. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_21.pdf
18. Paschoalin HC. Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na Enfermagem. – Rio de Janeiro: UFRJ, 2012. 169f. : il. ; Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, 2012. [acesso em 18 mar. 2019]. Disponível em: http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_HeloisaCamposPaschoalin.pdf
19. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology & Community Health.* 54(7): 502-509. 2000 [acesso em 28 mar. 2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1731716/>
20. Ferreira AI, et al . Tradução e validação para a língua portuguesa das escalas de presentismo WLQ-8 E SPS-6. *Aval. psicol., Porto Alegre*, v. 9, n. 2, p. 253-266, ago. 2010 [acesso em 13 mar. 2019]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000200010&lng=pt&nrm=iso
21. Umann J, Guido L, Silva R. Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros que assistem pacientes críticos e potencialmente críticos. *REEUSP [Internet]*; 48(5):891-8. 1out. 2014 [acesso em 1 nov. 2018]. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/103087>
22. Koopman C, Pelletier KR, Murray JF, Sharda CE, Berger ML, Turpin RS, et al. Stanford Presenteeism Scale: health status and employee productivity. *J Occup Environ Med.* [Internet]; 44(1):14-20. Jan 2002 [acesso em 5 fev. 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11802460>
23. Martinez LF, Ferreira AI, Sousa LM, Vieira da Cunha J. A esperança é a última a morrer? Capital psicológico positivo e presentismo. *Comportamento Organizacional e Gestão*, vol. 13, n.1, p.37-54. Lisboa, 2007 [acesso em: 06 jul. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/cog/v13n1/v13n1a03.pdf>
24. Martinez LF, Ferreira AI. Sick at work: Presenteeism among Nurses in a Portuguese Public Hospital. *Stress Health.* 2011. Volume 28, Issue 4, p. 297-304. October 2012 [acesso em 14 mar. 2019]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/smi.1432>
25. Brborović H, Brborović O, Brumen V, Pavleković G, Mustajbegović J. Are nurse presenteeism and patient safety culture associated: a cross-sectional study. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology* Volume 65, Issue 2, p. 149-156. 2014 [acesso em 08 nov. 2018]. Disponível em: <https://content.sciendo.com/view/journals/aiht/65/2/article-p149.xml>
26. Sánchez-Zaballos M, Baldonado-Mosteiro M, Mosteiro-Díaz MP, et al. Presentismo en profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2018; 30(1): 35-40 [acesso em 28 mar. 2019]. Disponível em: <https://medes.com/publication/127127>

27. Whitaker R. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 423 p.
28. Faria NMX, Klosinski RFS, Rustick G, Oliveira LM. Saúde mental dos trabalhadores da saúde pública em Bento Gonçalves, no Rio Grande do Sul. *Rev Bras Med Trab.* 2018; 16(2):145-157 [acesso em 04 fev. 2019]. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/how-to-cite/310/en-US>
29. Pinhatti EDG, Ribeiro RP, Soares MH, Martins JT, Lacerda MR. Minor psychiatric disorders in nursing: prevalence and associated factors. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [acesso em 04 fev. 2019]; 71 (Supl 5): 2176-2183. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102176&lng=en
30. Theme Filha MM, Souza Junior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com auto avaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2015 [acesso em 05 fev. 2019], v. 18 (2): 83-96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600083&lng=pt&tlng=pt
31. Bernardes CL, Vasconcelos LHS, Silva SM, Baptista PCP, Felli VEA, Pustiglione M, et al. Agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição pública de ensino. *Rev Esc Enferm USP* 2014 [acesso em 06 dez. 2018] 48(4): 676-82. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt_0080-6234-reeusp-48-04-676.pdf

3 ARTIGO 2

Presenteísmo de profissionais da saúde: qual sua associação com o Clima de segurança do paciente?⁶

Objetivo: verificar associações entre presenteísmo e clima de segurança, entre trabalhadores de saúde. **Métodos:** estudo transversal, com trabalhadores de saúde de um hospital de ensino do Rio Grande do Sul; os dados, coletados por meio de instrumentos de caracterização da amostra, da *Stanford Presenteeism Scale* e do Questionário de Atitudes de Segurança, foram analisados por estatística descritiva e teste do qui-quadrado. **Resultados:** participaram 758 profissionais; 43,5% de presenteístas; estes avaliaram o clima de segurança mais negativamente, exceto em satisfação no trabalho e reconhecimento do estresse; o clima de segurança geral obteve média <75; observou-se associações entre presenteísmo e clima de segurança geral, e com os domínios clima de trabalho em equipe, clima de segurança, reconhecimento do estresse e condições de trabalho. **Conclusão:** o presenteísmo afetou o clima de segurança; trabalhadores comprometidos com colegas e pacientes, e satisfeitos no trabalho, com atenção da gerência, podem alavancar mudanças na cultura de segurança.

Descritores: Presenteísmo, Pessoal de saúde, Saúde do trabalhador, Cultura organizacional, Segurança do paciente.

Descriptors: Presenteeism, Health personnel, Occupational health, Organizational culture, Patient safety.

Descriptores: Presentismo, Personal de salud, Salud laboral, Cultura organizacional, Seguridad del paciente.

INTRODUÇÃO

Os ambientes e relações de trabalho têm reconhecida influência no processo saúde-doença dos trabalhadores. Considerando o hospital e a sua missão, a complexidade que esta instituição representa, somados os efeitos das políticas sociais e econômicas que afetam a todos, temos um cenário de características associadas ao adoecimento dos trabalhadores⁽¹⁻³⁾.

Não é incomum o trabalhador comparecer ao trabalho com sinais ou sintomas de adoecimento, condição denominada presenteísmo, um fenômeno presente em vários locais de trabalho, cujas consequências podem ser graves para as organizações^(4,5). Apontado como responsável por perdas maiores que o absenteísmo, condição em que o trabalhador não comparece ao trabalho por doença ou outros motivos, o presenteísmo é investigado para

⁶ Artigo elaborado conforme as normas de submissão da Revista Brasileira de Enfermagem.

evidenciar suas causas e, principalmente, suas repercussões na produtividade⁽⁴⁻⁶⁾, por meio de diversas escalas^(4,6).

Considerado multifatorial, o presenteísmo não está relacionado somente à saúde, mas também ao engajamento evidenciado pelo grau de satisfação e motivação com o trabalho^(6,7). Varia conforme o gênero, o apoio e estímulo da gestão para tratar problemas de saúde, entre outros fatores individuais e organizacionais, como o medo do desemprego, por exemplo; é comum entre trabalhadores da saúde e da educação; e o receio de sobrecarregar os colegas e prejudicar o trabalho, se faltar, está entre os motivos mais prevalentes de presenteísmo nestas áreas^(4,7). O fenômeno é preocupante quando se trata de instituições hospitalares, pois, ao afetar a produtividade, que resulta no cuidado ao paciente, pode colocar este em risco e comprometer sua segurança.

A segurança do paciente surge como um movimento mundial na saúde, um novo paradigma, colocando o paciente e sua segurança no centro da atenção, frente às evidências de que estes sofrem danos decorrentes de falhas nos serviços de saúde⁽⁸⁻¹⁰⁾. A OMS criou uma aliança internacional para tratar deste tema, conclamando os países a dedicar atenção, coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança dos pacientes, criando um cuidado de saúde mais seguro⁽⁹⁾.

No Brasil, este movimento se consolida na publicação de legislações específicas em 2013, instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), com objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde^(11,12). Ambas abordam a cultura de segurança, definida como o produto de valores, atitudes, percepções e competências de indivíduos e grupos, determinantes do comportamento e comprometimento de segurança, onde a culpa e a punição são substituídas pelo tratamento das falhas como uma oportunidade de aprendizagem e melhoria⁽¹²⁾. Um foco específico é a avaliação do ‘clima de segurança’, a parte mensurável desta cultura, dada pela percepção dos profissionais quanto às atitudes de segurança no seu local de trabalho (o comportamento da gestão, o modo como as equipes agem, a comunicação, o tratamento das falhas, as percepções de segurança dos profissionais)⁽¹³⁾.

Uma vez que os profissionais estão sujeitos a lapsos e falhas impossíveis de serem totalmente controlados, é importante que os sistemas e processos de trabalho sejam mais seguros, dando apoio ao trabalhador^(14,15). As condições de trabalho, a atividade e o próprio estado de saúde do profissional de saúde podem contribuir para maior ocorrência de incidentes relacionados à prestação de cuidados em serviços de saúde⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. A saúde do trabalhador e a cultura de segurança são fundamentais no resultado da qualidade assistencial e

segurança do paciente. Alguns autores identificam como sendo as duas faces de uma mesma moeda, tal a relação que une estas duas dimensões, apontando a dificuldade em trabalhar a prevenção de incidentes sem envolver a visão sistêmica da organização e do desenvolvimento do trabalho⁽²⁰⁾. O trabalhador também é vítima quando um evento atinge o paciente e, neste sentido, mudanças culturais são imprescindíveis, preservando a todos.

Uma busca realizada nas bases de dados, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed, utilizando o descritor “presenteísmo”, associando as palavras “cultura de segurança do paciente” e seus respectivos correspondentes em inglês e espanhol, foram encontrados apenas dois artigos croatas. Estes, resultados de pesquisas transversais, avaliaram a associação de cultura de segurança do paciente e presenteísmo, um com enfermeiros de um hospital geral⁽²¹⁾, e outro com médicos e enfermeiros de dois hospitais⁽²²⁾. Diante disso, observou-se a necessidade de realizar estudos que avaliassem a associação destas condições, no cenário nacional, a fim de saber se existe associação entre presenteísmo e cultura de segurança, entre trabalhadores de saúde.

OBJETIVO

Verificar associações entre presenteísmo e clima de segurança, entre trabalhadores de saúde.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Foram atendidos os preceitos éticos e legais: obteve-se autorização da instituição e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa local, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 80587417.0.0000.5346; e parecer de aprovação 2.447.277, de 19 de dezembro de 2017. Em conformidade com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS, foram apresentados os objetivos da pesquisa, os critérios e a forma de participação, os possíveis riscos e benefícios decorrentes, e a garantia da confidencialidade. Os que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, período e local de estudo

Estudo observacional, transversal, norteado pela ferramenta STROBE, realizado entre os meses de março e julho de 2018, em um hospital do Rio Grande do Sul, Brasil. Hospital de

ensino, público, referência regional em saúde, que atende média e alta complexidade e atua no ensino, pesquisa e extensão.

População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

O hospital tinha 1579 profissionais de saúde no período e um cálculo amostral, para população finita, com erro de 0,05 e 95% de confiança, estimou o mínimo de 310 participantes na amostra, no entanto, convidou-se o maior número possível de participantes. Os profissionais foram abordados aleatoriamente em seus locais e horários de trabalho, convidados a responder à pesquisa em momento oportuno e de sua escolha. Alguns permaneceram com o instrumento e foi agendado o recolhimento, com até três tentativas de recuperação, em diferentes dias. A amostragem se deu por conveniência, com entrega de 1100 instrumentos impressos, dos quais 816 retornaram, sendo 758 incluídos no estudo. Além de serem profissionais de saúde, outros critérios de inclusão foram: atuação mínima de quatro semanas no setor e carga horária mínima de 20 horas semanais, suficientes para que o trabalhador estivesse familiarizado com o clima de segurança local e apto a avaliá-lo^(23,24); para responder a escala de avaliação de presenteísmo o trabalhador deveria afirmar que trabalhou, nos últimos 30 dias, com sinais ou sintomas de adoecimento^(6,25). Foram excluídos os afastados, por qualquer motivo, no período da coleta de dados.

Protocolo do estudo

O protocolo desta pesquisa compreendeu um questionário para caracterização da amostra, elaborado pelos pesquisadores; e dois instrumentos traduzidos e validados no Brasil, a *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6)^(6,25) para avaliar o presenteísmo e o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) para avaliar o clima de segurança^(23,24). Previamente à coleta de dados, um teste piloto foi conduzido entre os participantes do grupo de pesquisa, avaliando a compreensão geral e o tempo de preenchimento do bloco de instrumentos. Na sequência, foi realizada a capacitação dos coletadores com entrega do Manual do Coletador, documentos e autorizações do projeto, materiais necessários à coleta dos dados, demonstração de procedimentos, discussão e alinhamento de condutas.

A SPS-6 deve ser preenchida apenas por quem compareceu ao trabalho, nos últimos 30 dias, com problema de saúde ou com sinais ou sintomas de adoecimento^(6,25). Se aplica na abordagem mais comum de medida do presenteísmo, em que o próprio trabalhador avalia o comprometimento das suas atividades físicas, mentais e interpessoais no trabalho⁽²⁵⁾. Com seis itens, avaliados em escala Likert de cinco pontos, descreve como o estado de saúde

afetou, ou não, o trabalho, em duas dimensões: ‘trabalho finalizado’ (TF = itens 2, 5 e 6) e ‘distração evitada’ (DE = itens 1, 3 e 4, reversos)^(6,26).

3O SAQ foi escolhido para avaliar o clima de segurança, pelas suas propriedades e por ter sido utilizado em estudo anterior, neste hospital, em 2014, proporcionando uma avaliação da evolução da cultura de segurança na instituição. Contém 41 questões e seis domínios: Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Satisfação no trabalho, Reconhecimento do estresse, Percepção da gerência (da unidade e do hospital) e Condições de trabalho. Cada questão segue a escala Likert de cinco pontos (discordo totalmente a concordo totalmente), incluindo uma opção ‘não se aplica’, os itens 2, 11 e 36 são reversos^(23,24).

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram dupla e independentemente digitados no *Microsoft Excel*®, versão 7,0. Após verificação e correção de erros e inconsistências, foram exportados e analisados no programa *PASW Statistic*® (*Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago, USA*), versão 18.0 para Windows, por meio de estatística descritiva: para variáveis qualitativas, distribuição de frequência relativa e absoluta; para variáveis quantitativas, medidas de posição e dispersão, de acordo com a normalidade dos dados, conforme teste de Kolmogorov-Smirnov. Algumas categorias profissionais, devido à baixa representação, foram agrupadas com outras, assim também feito em relação a unidades e setores do hospital. As análises da SPS-6 e do SAQ seguiram a orientação dos autores e tradutores.

A análise da SPS-6 é feita separadamente para as duas dimensões, pela pontuação direta; e pela soma do escore global da escala após ajuste da pontuação reversa da DE⁽⁶⁾. As pontuações somadas variam de 6 a 30; escore ≤ 18 indica redução de desempenho e > 18 representa maior capacidade de concentração e realização do trabalho^(6,25,27). Altos valores no escore total da SPS-6 e na TF e menor valor na DE, indicam melhor estado do trabalhador e menor impacto do presenteísmo no trabalho.

Para a análise do SAQ a opção “não se aplica” deve ser desconsiderada e as questões 2, 11 e 36 têm pontuações revertidas antes da análise. O escore final varia de 0 a 100, se ≥ 75 indica percepção positiva para o clima de segurança, avaliado pelo total de itens do SAQ e para cada dimensão, separadamente^(23,24).

Na verificação de associação entre presenteísmo e clima de segurança foi realizada análise bivariada, com teste do qui-quadrado, adotando-se como significativas as associações com $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram 758 profissionais, cuja caracterização evidenciou: idade entre 20 e 70 anos, mediana 40 (34-49); predomínio do sexo feminino (595/ 8,5%), com companheiro/a (563/ 75,2%), com filhos (507/ 66,9%); e pós-graduados (439/ 58%). Maior representação de Técnicos e Auxiliares de enfermagem (319/ 42,1%); o tempo de trabalho na instituição teve mediana de 54 meses (35-186) e a carga horária semanal de 36 horas (30-36); predomínio do turno misto (268/ 35,4%). Outro emprego foi informado por 142 (18,7%), sendo 95 (69,3%) na assistência em saúde e 32 (23,4%) na docência; com carga horária semanal mediana 24 horas (12-30). A maioria (712/ 93,9%) estava satisfeita em trabalhar no seu setor e 9,1% (69) afirmaram intenção de deixar o trabalho. Outras variáveis laborais, descritas na Tabela 1, mostram o perfil dos participantes do estudo.

Tabela 1 – Descrição do perfil laboral dos profissionais de saúde, n=758 (100%) – Rio Grande do Sul, Brasil, 2018.

Variáveis	n (%)
Cargo	
Técnicos e Auxiliares de enfermagem	319 (42,1)
Enfermeiros	192 (25,3)
Médicos	120 (15,8)
Multiprofissionais de nível superior	78 (10,3)
Técnicos em farmácia / radiologia / laboratório	49 (6,5)
Total	758 (100)
Contrato de trabalho	
Consolidação das Leis do Trabalho	359 (47,4)
Regime Jurídico Único	347 (45,8)
Vínculo Acadêmico – Residência médica	48 (6,3)
Total	754 (99,5)
Setor de trabalho	
Bloco Cirúrgico, Sala de Recuperação e Centro de Material e Esterilização	98 (12,9)
Clínicas Médicas I e II, Nefrologia, Pneumologia	85 (11,2)
UTI Pediátrica e UTI Neonatal	78 (10,3)
Transplantes de Medula, Tratamento de Criança com Câncer, Radioterapia e Quimioterapia	76 (10)
Ginecologia e Obstetrícia	66 (8,7)
Unidade de Cirurgia Geral - Internação	55 (7,3)
Serviços Diagnósticos	55 (7,3)
Ambulatórios e Hemoterapia	55 (7,3)
Farmácia e Administrativos	50 (6,6)
UTI Adulto e Unidade Coronariana	48 (6,3)
Pronto Socorro	43 (5,6)
Unidade Pediátrica	28 (3,7)
Unidade Psicossocial	21 (2,8)
Total	758 (100)

O presenteísmo teve prevalência de 43,5% (330), com média 20,89 (DP 4,72) no escore global da SPS-6, variando de 7 a 30 pontos. A dimensão TF teve média 12,48 (DP 2,66). Na DE a média foi 9,60 (DP 3,5). Os pontos variaram de 3 a 15 nas duas dimensões. A dicotomização da escala evidenciou 31,5% (104) com produtividade comprometida, correspondendo a 13,7% do total de participantes (n=758) do estudo. As causas de presenteísmo mais referidas foram sinais e sintomas osteomusculares (45,8%). Vários motivos foram citados, principalmente não sobrecarregar os colegas (76,4%) e não prejudicar pacientes (49,4%); medo de perder o emprego foi referido por 9,1%.

A avaliação do clima de segurança obteve pontuação média de 65,74 (DP 13,34) no total de itens. As médias das dimensões do SAQ variaram de 49,86 a 83,39; medianas de 50 a 90 (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise descritiva do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) e suas dimensões – Rio Grande do Sul, Brasil, 2018.

SAQ e Dimensões	n válido (%)	Média (Desvio Padrão)	Mediana (Intervalo Interquartil)
SAQ total (41 itens)	509 (67,2)	65,74 (13,34)	67,07 (56,10 - 75,61)
Clima de trabalho em equipe	668 (88,1)	72,02 (16,94)	75 (62,50 - 83,33)
Clima de segurança	700 (92,3)	67,60 (17,55)	67,86 (57,14 - 82,14)
Satisfação no trabalho	741 (97,8)	83,39 (16,84)	90 (75 - 90)
Reconhecimento do estresse	652 (86)	71,83 (24,26)	75 (59,37 - 93,75)
Percepção da Gerência	Unidade 690 (91)	60,63 (19,97)	62,50 (45,83 - 75)
	Hospital 693 (91,4)	49,86 (21,73)	50 (35 - 65)
Condições de trabalho	703 (92,7)	60,70 (24,50)	66,67 (41,67 - 83,33)

A análise da associação entre clima de segurança negativo/positivo (conforme a média menor ou maior que 75) e presença/ausência de presenteísmo, está detalhada na Tabela 3.

Tabela 3 – Análise bivariada do clima de segurança com o presenteísmo - Rio Grande do Sul, Brasil, 2018.

SAQ e Dimensões		Presenteísmo		Total válido n (%)	p
		Não n (%)	Sim n (%)		
SAQ total – 41 itens	<75	190 (51,5)	179 (48,5)	502 (66,2)	0,014
	≥75	85 (63,9)	48 (36,1)		
Clima de trabalho em equipe	<75	159 (48,9)	166 (51,1)	665 (87,7)	0,001
	≥75	211 (62,1)	129 (37,9)		

(continua)

(conclusão)

SAQ e Dimensões		Presenteísmo		Total válido n (%)	p
		Não n (%)	Sim n (%)		
Clima de segurança	<75	223 (52,3)	203 (47,7)	696 (91,8)	0,014
	≥75	167 (61,9)	103 (38,1)		
Satisfação no trabalho	<75	84 (51,9)	78 (48,1)	736 (97,1)	0,188
	≥75	331 (57,7)	243 (42,3)		
Reconhecimento do estresse	<75	163 (62,9)	96 (37,1)	648 (85,5)	0,002
	≥75	196 (50,4)	193 (49,6)		
Percepção da Gerência:	Unidade	<75	273 (56,9)	686 (90,5)	0,625
		≥75	113 (54,9)		
Hospital	<75	322 (56,3)	250 (43,7)	688 (90,8)	0,905
	≥75	66 (56,9)	50 (43,1)		
Condições de trabalho	<75	213 (51,6)	200 (48,4)	699 (92,2)	0,007
	≥75	177 (55,8)	109 (44,2)		

Nota: <75 = pontuação negativa para clima de segurança
 ≥75 = pontuação positiva para clima de segurança

As associações entre clima de segurança positivo/negativo e presença/ausência de presenteísmo, foram significativas ($p < 0,05$) para o SAQ total, e para os domínios: Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Reconhecimento do estresse e Condições de trabalho.

DISCUSSÃO

A avaliação da associação de presenteísmo com o clima de segurança contribui com informações novas para a instituição e para a pesquisa na interface saúde do trabalhador e segurança do paciente. A SPS-6 e o SAQ são utilizados, internacionalmente, para avaliação destes dois construtos, respectivamente^(25,28). No entanto, não foram encontrados estudos que aplicassem estes dois instrumentos, juntos, na avaliação desta associação. Dois estudos croatas pesquisaram neste sentido: um aplicou a SPS-6 e o *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC), entre enfermeiros de um hospital⁽²¹⁾, e outro o *Health and Work Performance Questionnaire* (HPQ) da OMS, junto com o HSOPSC, entre médicos e enfermeiros de dois hospitais⁽²²⁾.

A prevalência de presenteísmo foi alta (43,5%), no entanto a maioria avaliou que conseguiu cumprir metas de produtividade, apesar dos problemas de saúde. A perda de

produtividade foi uma realidade para 13,7% da amostra, apontando um risco à qualidade assistencial, que deve ser gerenciado. A investigação do impacto desta situação na segurança dos pacientes deve ser considerada para subsidiar as melhorias na qualidade e na cultura de segurança. Nosso achado é inferior ao encontrado no estudo de validação da SPS-6, no Brasil, que foi 56,2%, somente com pessoal de enfermagem⁽²⁵⁾. Outro, com médicos e dentistas neozelandeses, a prevalência foi 88%⁽²⁹⁾.

O clima de segurança teve escore total abaixo de 75 pontos, convergindo com estudos nacionais^(28,30) e internacionais⁽²³⁾. Ao se comparar esses resultados com pesquisa realizada neste mesmo hospital, em 2014⁽³¹⁾, observou-se um aumento, discreto, em quase todos os domínios, exceto a percepção da gerência do hospital, com um leve decréscimo; destaque para o domínio Condições de trabalho que subiu mais de 10 pontos na média.

Estudos com o SAQ, em diferentes regiões do Brasil, trazem resultados similares. Em instituição hospitalar cearense, com características semelhantes ao hospital deste estudo⁽²⁸⁾, as médias se aproximaram bastante no SAQ total (65 naquele e 65,74 neste). Um hospital de ensino, de Minas Gerais, também teve médias no SAQ total e dimensões, abaixo de 70, exceto Satisfação no trabalho; a Percepção da gerência obteve a média mais baixa⁽³²⁾. No Distrito Federal, profissionais de centro cirúrgico apontaram médias mais baixas ainda, com exceção do Reconhecimento do estresse; nenhum domínio superior a 75⁽³⁰⁾. Numa amostra de enfermagem, de dois hospitais gaúchos, o clima de segurança foi avaliado com médias mais altas, e escore positivo para Clima de trabalho em equipe, Satisfação no trabalho e Condições de trabalho⁽³³⁾. Observa-se que a cultura de segurança tem muito a evoluir para dar maior segurança aos pacientes.

Destacam-se as baixas médias quanto a Percepção da gerência, corroborada nos estudos citados anteriormente^(24,28,33). Este domínio avalia o apoio e a atuação da gestão, a comunicação entre esta e equipe, no clima de segurança, e geralmente tem as mais baixas médias no SAQ, principalmente quanto à Gerência do hospital. Por outro lado a Satisfação no trabalho, único domínio avaliado positivamente neste estudo, também aparece em outros com a maior média⁽²⁸⁾. Este domínio pode ser um apoio para alavancar a cultura de segurança, pois um trabalhador satisfeito pode dedicar-se na melhoria da atenção e cuidado ao paciente, em alinhamento com ações da gerência. Um alinhamento entre gerência e pessoal da ponta, unindo o desejo da alta gerência e o que a base espera da instituição, não uma sobreposição, mas um caminho conjunto para a cultura de segurança⁽¹⁴⁾.

Na análise das associações entre os dois construtos observou-se, descritivamente, que a maioria dos presenteístas avaliou o clima de segurança com médias <75, com exceção nas

dimensões Satisfação no trabalho e Reconhecimento do estresse, indicando que os profissionais gostam do seu trabalho e reconhecem os fatores estressores, mesmo sob condições de saúde desfavoráveis. A associação com presenteísmo foi significativa ($p < 0,05$) para o SAQ total e dimensões, exceto em Satisfação no trabalho e Percepção da gerência, tanto da unidade quanto do hospital. Os presenteístas tenderam a avaliar o clima de segurança mais negativamente que os não presenteístas. A exceção mostrou que o estado de saúde não influenciou a satisfação no trabalho, nem a avaliação das gerências, não havendo diferença entre os dois grupos.

A baixa percepção do clima de segurança em relação às gerências é uma evidência observada nas pesquisas com o SAQ, não apenas local, mas nacional e internacionalmente^(23,28,31). Este resultado permite elaborar algumas explicações: aparentemente a gerência não atua ativamente na disseminação da cultura de segurança ou, se o faz, o trabalhador não está percebendo, indicando um desencontro neste caminho; a cultura de segurança do paciente é um tema em construção e evolução nas instituições e a gerência dos hospitais ainda é influenciada pelo modelo biomédico de atenção à saúde, centrada na figura do médico, e a cultura de segurança tem o foco no paciente, com controle dos processos e condições de trabalho, para um cuidado multiprofissional seguro. Outra questão a ser levantada é a redução no financiamento da saúde, com cortes que repercutem nas condições de trabalho, creditadas a deficiências administrativas e inabilidades de gestão, por parte dos profissionais. Qualquer uma destas hipóteses se sustenta no distanciamento entre as duas esferas, com comunicação deficiente, influenciando negativamente na avaliação do clima de segurança.

Por outro lado, os profissionais deste hospital estavam satisfeitos com o seu trabalho, contribuindo para um clima mais seguro. Considera-se a associação desta satisfação com a estabilidade no vínculo empregatício, fator de tranquilidade e qualidade de vida no trabalho. Assim como a importância e prestígio do hospital, referência em alta complexidade, 100% SUS, fundamental para o direito a saúde de mais de um milhão de pessoas na região de abrangência.

Em relação aos resultados com aplicação do SAQ em 2014, neste hospital, sobressai a elevação na média no domínio Condições de trabalho, associado a uma melhora nas relações interpessoais, com um discreto aumento na média no Clima de trabalho em equipe⁽³¹⁾. Creditam-se estas mudanças ao incremento de pessoal ocorrido daquele até o período atual, em várias categorias profissionais e especialidades. Um novo modelo de gestão veio regularizar o quadro de pessoal, trocando contratações anteriores com vínculos precários, por

profissionais concursados, com maior estabilidade. A regularização nos vínculos com os profissionais de saúde é importante fator de qualidade no trabalho e na assistência⁽³⁴⁾.

Estudo que avaliou presenteísmo e cultura de segurança entre enfermeiros, de um hospital da Croácia, utilizando a SPS-6 e o HSOPSC, respectivamente, não encontrou associação entre os dois construtos. Todos os presenteístas pontuaram acima de 18 na SPS-6, e a pior avaliação no HSOPSC dizia respeito à ‘resposta não punitiva ao erro’⁽²¹⁾. Outro estudo croata avaliou esta associação com trabalhadores da medicina e enfermagem de dois hospitais e o menor desempenho no trabalho foi associado com maior cultura de segurança do paciente⁽²²⁾. Os trabalhadores com avaliações mais altas para cultura de segurança foram mais propensos a serem presenteístas; enquanto os com avaliações mais baixas foram mais propensos a serem absenteístas. A cultura de segurança do paciente foi alta, com exceção das dimensões da resposta pessoal e não-punitiva ao erro em ambos os hospitais, e o suporte de gerenciamento hospitalar para a segurança do paciente em um dos hospitais⁽²²⁾.

Os dois estudos evidenciaram que a cultura da punição ainda sobressai nas instituições. Este é um aspecto que tem relação direta com as condutas da gerência, na gestão de risco e avaliação de incidentes de segurança, pois é quem dá a tônica da cultura organizacional, na qual a cultura de segurança está inserida. Estudos apontaram um aumento nos escores da cultura de segurança em locais onde a maior parte da equipe participava de rondas com a chefia, as *WalkRounds* de liderança, com resultados ainda melhores quando a liderança dava retorno às equipes. E foram significativamente associados a melhores avaliações da cultura de segurança, maior engajamento da força de trabalho e menor desgaste. O que foi creditado a certo controle sobre a qualidade da assistência que estas conversas imprimem nos trabalhadores, reduzindo as percepções de *burnout*⁽³⁵⁾. Resultados que reforçam a importância da aproximação da gerência para melhorias na saúde do trabalhador e na cultura de segurança.

O resultado do SAQ deve ser analisado no conjunto da organização, conforme sua visão, valores e missão, como uma ferramenta gerencial para tomada de decisão no plano e desenvolvimento de ambientes mais propícios para assistência de qualidade ao paciente. Embora aquém das expectativas, considerando às múltiplas ações do NSP no investimento de segurança do paciente neste hospital, o clima de segurança apresentou um leve aumento na média em relação a 2014⁽³¹⁾, evidenciando que mudanças culturais demandam tempo e contínuo trabalho nesta direção.

Ante o pequeno número de estudos que pesquisaram a associação dos dois temas diretamente, não foram possíveis maiores comparações. Estes resultados servirão para

discussões futuras, pois outros estudos que avaliaram indiretamente esta associação, na interface saúde do trabalhador e segurança do paciente, corroboram a importância deste e de outros estudos ^(16-19,35). O aprofundamento da investigação, principalmente no nível das unidades/setores, entre as equipes de unidades específicas, para melhor entendimento da variabilidade destes resultados no interior da organização, é recomendável. Pode haver grande variação no clima de segurança entre dois setores, dentro do mesmo hospital⁽²³⁾. O que faz uma área, ou uma equipe, ter um clima de segurança melhor que outra? Podemos importar as melhores práticas e estimular este melhor clima na instituição, como um todo.

Limitações do estudo

Considerando as limitações dos estudos transversais, observam-se com cautela os resultados. A baixa participação por categoria multiprofissional, com exceção da enfermagem, foi uma limitação do estudo. Houve dificuldades na acessibilidade e adesão dos profissionais médicos, principalmente das unidades abertas. A baixa adesão médica foi percebida em avaliação de clima de segurança em outros hospitais⁽²⁸⁾. A produtividade perdida deve ser mais bem compreendida e ajustada aos cuidados de saúde, com definição do que significa um baixo desempenho, tanto quantitativa como qualitativamente, considerando que os profissionais de uma equipe, num hospital, ajudam uns aos outros na execução das atividades assistenciais.

Contribuições para a área da Saúde

Este estudo permitiu aprofundar a compreensão destes dois construtos, presenteísmo e cultura de segurança, e sua associação. O foco na interface saúde do trabalhador e segurança do paciente orienta melhorias para a organização, ao permitir um olhar atento ao profissional. Este indica, pela opinião particular e clima de grupo, como se sente no trabalho e como vê esta instituição em relação à segurança dos pacientes. Um diagnóstico de grande importância para a gestão de pessoas e gestão de riscos, oportunidade de planejar melhorias para a qualidade de vida no trabalho e qualidade assistencial, visando à segurança de todos.

CONCLUSÃO

O estudo encontrou associações significativas entre presenteísmo e clima de segurança geral, e com os seguintes domínios do SAQ: Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Reconhecimento do estresse e Condições de trabalho. Quem trabalhou com a

saúde afetada avaliou o clima de segurança geral de forma mais negativa neste hospital de ensino.

Muitos profissionais foram trabalhar com problemas de saúde e, ainda assim, a grande maioria avaliou que a sua produtividade foi mantida. Os sinais e sintomas osteomusculares foram os mais citados como causa de presenteísmo, e a maior motivação para comparecer ao trabalho, com sinais ou sintomas de adoecimento, foi não prejudicar colegas, pacientes e serviço.

O clima de segurança está aquém do ideal, porém evoluindo e o ponto forte foi a satisfação com o trabalho, setor e equipe de atuação. Os profissionais sinalizaram que deve haver maior contato e comunicação com as gerências, melhorias nas condições de trabalho e no clima de segurança geral, contribuindo para a evolução da cultura de segurança na instituição.

REFERÊNCIAS

1. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv. Soc. Soc. Set.* 2015 [acesso em 24 nov. 2018]; n. 123, p. 407-427. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000300407&lng=pt&nrm=iso.
2. Dejours C, Barros J, Lancman S. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. *RTO* [Internet]. 17 ago. 2016 [acesso em 08 mar. 2019]; 27(2):228-35. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/119227>
3. Brito J, Pena PGL, Gomes L, Souto AP, Pires AC. A saúde dos trabalhadores da saúde: focos, abordagens e estratégias de pesquisa. In: Machado JMH, Assunção AA. (orgs). *Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012 [acesso em 12 nov. 2018]. p. 66-105. Disponível em: https://site.medicina.ufmg.br/nest/wp-content/uploads/sites/33/2015/04/Panorama_e-book.pdf
4. Johns G. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Organiz. Behav.* 31, 519–542 (2010) [cited 2019 Mar 28]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.630>
5. Hemp P. Presenteeism: At work - But out of it. *Harvard Business Review* (2004) [cited 2017 Jun 22]. Available from: http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Fachthemen/Hemp_2004_Presenteeism.pdf
6. Koopman C, Pelletier KR, Murray JF, Sharda CE, Berger ML, Turpin RS, et al. Stanford Presenteeism Scale: health status and employee productivity. *J Occup Environ Med.* [Internet]; 44(1):14-20. Jan 2002 [cited 2017 Feb 5]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11802460>
7. Miraglia M, Johns G. Going to Work III: A Meta-Analysis of the Correlates of Presenteeism and a Dual-Path Model. *J Occup Health Psychol*; 21(3):261-83. 2016 [cited 2018 Nov 07]. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/146488667.pdf>

8. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To Err is Human: Building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 2000 [cited 2019 Mar 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. [acesso em 27 ago. 2016]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
10. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB, Abreu ACC, Leão ML. *II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil - Propondo as Prioridades Nacionais*. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina UFMG; 2018. 98 p. [acesso em 08 jun. 2019]. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>
11. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 529, de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 abr. 2013 [acesso em 22 mar. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infecoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>
12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013 [acesso em 22 mar. 2019]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
13. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weets WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005 [cited 2019 Mar 7]; 14(5): 364-6. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhcc/14/5/364.full.pdf>
14. Amalberti R, Rocha R, Vilela RAG, Almeida IM. Safety management in complex and dangerous systems – theories and practices: an interview with René Amalberti. *Rev. bras. saúde ocup*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 19]; 43:e9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbso/v43/en_2317-6369-rbso-43-e9.pdf
15. Russ AL. The science of human factors: separating fact from fiction. *BMJ Qual Saf*, 2013 [cited 2019 Apr 3]; 22:802-808. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/22/10/802>
16. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ: British Medical Journal*, v.344, p.e1717, 2012 [cited 2017 Nov 28]. Available from: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>
17. Daud-Gallotti RM, Costa SF, Guimarães T, Padilha KG, Inoue EN, Vasconcelos TN et al. Nursing Workload as a Risk Factor for Healthcare Associated Infections in ICU: A Prospective Study. *PLoS ONE* 7(2012): e52342. [cited 2018 Nov 29]. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0052342&type=printable>
18. Sousa-Uva A; Serranheira F. Saúde do trabalhador, ergonomia e segurança do paciente. In: Sousa P, Mendes W. (Org.) *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014 [acesso em 10 out. 2018]; p. 115-138. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e->

comissoes/cosep-comite-de-seguranca-do-paciente/sugestoes-de-leitura/10997-livro-2-seguranca-do-paciente-web/file

19. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D et al. Burnout and Medical Errors. Among American Surgeons. *Annals of Surgery*. 2010; 251(6); [cited 2018 Nov 29]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19934755>
20. Sousa P, Serranheira F, Uva AS. Ergonomia hospitalar e segurança do doente: mais convergências que divergências. *Rev Port Saúde Pública*; Vol. Temático(10): 58-73; 2010 [cited 2018 Dez 12]. Disponível em: <https://proqualis.net/artigo/ergonomia-hospitalar-e-seguran%C3%A7a-do-doente-mais-converg%C3%A2ncias-que-diverg%C3%A2ncias>
21. Brborović H, Brborović O, Brumen V, Pavleković G, Mustajbegović J. Are nurse presenteeism and patient safety culture associated: a cross-sectional study. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology* Volume 65, Issue 2, p. 149-156. 2014 [cited 2018 Nov 8]. Available from: <https://content.sciendo.com/view/journals/aiht/65/2/article-p149.xml>
22. Brborović H, Brborović O. Patient safety culture shapes presenteeism and absenteeism: a cross-sectional study among Croatian healthcare workers. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 2017. 68(3), pp. 185-189. [cited 2017 Oct 24]. Available from: <https://content.sciendo.com/view/journals/aiht/68/3/article-p185.xml>
23. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Res*. 2006;6:44 [cited 2018 Dec 12]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/>
24. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 June [cited 2019 Abr 5]; 20(3): 575-582. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/a20v20n3.pdf>
25. Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MTL, Bandeira de Mello DC. Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do Stanford Presenteeism Scale para avaliação do presenteísmo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. February 2013 [cited 2018 Nov 08]; 21(1): 388-395. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/v21n1a14.pdf>
26. Martinez LF, Ferreira AI, Sousa LM, Vieira da Cunha J. A esperança é a última a morrer? Capital psicológico positivo e presentismo. *Comportamento Organizacional e Gestão*, vol. 13, n.1, p.37-54. Lisboa, 2007 [acesso em: 06 jul. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/cog/v13n1/v13n1a03.pdf>
27. Martinez LF, Ferreira AI. Sick at work: Presenteeism among Nurses in a Portuguese Public Hospital. *Stress Health*. 2011. Volume 28, Issue 4, p. 297-304. October 2012 [cited 2019 Mar 14]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/smi.1432>
28. Carvalho REFL, Arruda LP, Pinheiro do Nascimento NK, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2017;25:e2849 [cited 2019 Apr 06]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2849.pdf>
29. Chambers C, Frampton C, Barclay M. Presenteeism in the New Zealand senior medical workforce - a mixed methods analysis. *N Z Med J*. 2017; 130 (449):10-22. [cited 2018 Nov 12]. Available from: http://www.nzma.org.nz/__data/assets/pdf_file/0005/53069/Chambers-FINAL.pdf

30. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC de. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 15]; 23(6):1041-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601041
31. Baratto MAM. Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria. 2015. 186 p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS. [acesso em 21 mar. 2019]. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7443/BARATTO%20MARI%20ANGELA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Luiz RB, Simões ALA, Barichello E, Barbosa MH. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 26]; 23(5): 880-887. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500880&lng=en
33. Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F et al. Patient safety culture in hospitals within the nursing perspective. *Rev Gaúcha Enferm.* December 2016; 37(4):e58662. [cited 2019 Mar 26]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/en_0102-6933-rgenf-1983-144720160458662.pdf
34. Alves SMP, Coelho MCR, Borges LH, Cruz CAM, Massaroni L, Maciel PMA. The flexibilization of employment relationships in the health sector: the reality in a Federal University Hospital in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 10:3043-50 [cited 2019 Mar 26]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/en_1413-8123-csc-20-10-3043.pdf
35. Sexton JB, Adair KC, Leonard MW, Frankel TC, Proulx J, Watson SR et al. Providing feedback following Leadership WalkRounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout. *BMJ Qual Saf* 2018;27:261–270. [cited 2019 Mar 31]. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/27/4/261.full.pdf>

4 DISCUSSÃO

Olhemos para o hospital com o cuidado que ele exige. São instituições de alta complexidade, cenários de muito trabalho, satisfação e cura, e também dor e sofrimento. Enquanto instituição inserida numa sociedade capitalista, sua organização sofre influências do modelo econômico, que é comumente desfavorável ao trabalhador, produzindo efeitos nocivos a sua saúde. Na medida em que pode significar a inclusão do indivíduo no mundo social, no coletivo, garantindo meios para a sua subsistência, o trabalho também traz os efeitos do sofrimento. É fonte de satisfação pessoal, de renda, de inserção social, de oportunidade de criação e recriação. Porém, têm as doenças ocupacionais, os ambientes inseguros, as adversidades profissionais, e as injustiças resultantes da exploração do trabalhador, com impacto na qualidade de vida, em todas as suas dimensões (DEJOURS, 2004; LANCMAN, 2004; ZANELLI, 2016).

A saúde dos trabalhadores é um tema de interesse de diversas áreas do conhecimento, da Administração à Saúde, passando pela Engenharia e Direito (HEMP, 2004; JOHNS, 2010; RUSS et al., 2013). Tem espaço na legislação, na regulação de medidas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, protegendo-os dos agravos decorrentes das condições laborais (BRASIL, 1990) e dos modelos dos processos produtivos (BRASIL, 2012). Os textos abrangem a atenção ao trabalhador e à trabalhadora, porém a operacionalização da norma não se dá integralmente nas políticas, não alcançando a grande maioria dos trabalhadores.

As mudanças intensas nas últimas décadas, influenciadas por ideias neoliberais, vêm alterando as relações e condições de trabalho, fragilizando o amparo ao trabalhador, acentuando a insegurança e o medo do desemprego (ANTUNES, 2011; ANTUNES, PRAUN, 2015). Haja vista as atuais investidas para mudar as leis que regulam o trabalho e a previdência social no Brasil. Os direitos dos trabalhadores foram conquistados a duras penas, em décadas, alguns até mesmo em séculos de organização e de negociações (DEJOURS, 1992). Demandando uma luta contínua por sua manutenção, estes direitos não estão firmemente garantidos, desestimulando e desanimando o trabalhador, que se sente desrespeitado.

Garantia de direitos trabalhistas e estabilidade no emprego contribui para a segurança e saúde mental do trabalhador. Corroborando o resultado quanto à Satisfação no trabalho dos profissionais deste estudo, servidores e empregados do hospital, onde o vínculo de trabalho representa um laço estável com a instituição, sendo fator de proteção à saúde do trabalhador.

Este domínio positivo para a cultura de segurança foi identificado como potencial para impulsionar mudanças na cultura, nos outros domínios, e fortalecer a segurança do paciente.

O modelo econômico também exerceu influência na gênese dos movimentos pela segurança, no gerenciamento de segurança e gestão de risco, com interesse econômico e financeiro de evitar perdas de recursos, com indenizações por acidentes de trabalho e atrasos na produção (DEJOURS, 1992). Está presente no trabalho das seguradoras, decorrentes da necessidade de conter os custos com indenizações por eventos adversos ocorridos no atendimento aos pacientes (KOHN, CORRIGAN e DONALDSON, 2000; NPSF, 2015). Também está por trás das pesquisas sobre o presenteísmo quando o foco é a produtividade perdida. Nos estudos financiados por indústrias farmacêuticas, no intuito de vender medicamentos para controle de sinais e sintomas de doenças sazonais, como alergias e gripe, para manter o trabalhador no trabalho e produzindo (HEMP, 2004; MIRAGLIA, JOHNS, 2016).

O uso de medicamentos psicotrópicos sem um correspondente diagnóstico, que apareceu neste estudo, pode ser entendido como um recurso para manter-se no trabalho. Frente à sobrecarga e suas patologias, físicas e mentais, muitas pessoas buscam nas substâncias psicotrópicas, calmantes, ansiolíticos, ou mesmo em estimulantes, como o café e o álcool, por exemplo, uma forma de dar conta do sofrimento, do medo de não conseguir manter o ritmo e o desempenho. As patologias de sobrecarga incluem os distúrbios osteomusculares, o *burnout*, mas também tem a questão do *doping* (DEJOURS, BARROS, LANCMAN, 2016). Neste aspecto, aos serviços de saúde e segurança no trabalho competem avaliar estes riscos e planejar medidas de enfrentamento e melhorias, com franco apoio da gestão hospitalar.

O presenteísmo teve alta prevalência neste hospital e diminuiu a produtividade de uma parcela dos profissionais de saúde. O impacto para o paciente não foi mensurado, no entanto compreende-se que os riscos estão aumentados diante desta condição, em que os profissionais não completaram todas as atividades ou não se concentraram o suficiente nestas. Em contrapartida, o impacto do presenteísmo na equipe e nos pacientes pode ser atenuado pela característica do trabalho coletivo, principalmente dentro da enfermagem, que se organiza para atender os pacientes, com suporte em atividades com maiores demandas físicas (como os banhos nos pacientes acamados, por exemplo). Neste sentido, no SAQ, o domínio Clima de trabalho em equipe, que avalia relacionamento, abertura, comunicação e apoio, entre os membros, obteve pontuação média de 72,02 neste estudo. Entendido como um indicador de segurança física e psicológica (ter apoio para cuidar do paciente e poder falar abertamente

sobre os problemas percebidos) precisa evoluir no amparo ao trabalhador para o desenvolvimento de ações seguras no cuidado ao paciente.

O clima de segurança geral na instituição, dez pontos abaixo da média ideal (75), mesmo após várias ações realizadas ao longo da última década, e mais intensivamente nos últimos cinco anos, reforça que a cultura se modifica lentamente. Não é uma realidade apenas local. Vários estudos indicam que a cultura de segurança está abaixo do nível ideal (TONDO e GUIRARDELLO, 2017; CARVALHO et al., 2017; BARATTO, 2015). Mundialmente se avalia que apesar de um “tremendo esforço para remediar o problema, estes foram em grande parte superficiais e isolados, e as inferências relativas à melhoria frequentemente excedem a robustez dos resultados” (PRONOVOST et al., 2015, p.4). Pessoas continuam morrendo, e recursos continuam sendo desperdiçados, por falta de uma abordagem sistemática e setorial, sustentada na ciência da segurança.

Atingir uma cultura de segurança é um processo de aprendizagem coletiva, interação entre os membros da organização, compartilhamento de pensamentos e gerenciamento comprometido (REASON, 1997). Pronovost et al. (2015) propõem uma abordagem holística setorial, onde as intervenções de segurança do paciente devem evoluir para a segurança do sistema de saúde. Projetado em uma abordagem de sistemas, implementado com métodos comprovados para mudança organizacional em larga escala, adaptados às culturas e recursos locais, e alinhados a partir de perspectivas estratégicas, operacionais e de execução.

A associação entre presenteísmo e cultura de segurança do paciente, evidenciada no estudo, não surpreendeu. Quem esteve trabalhando doente avaliou o clima de segurança mais negativamente, significando que percepções e atitudes quanto às questões de segurança foram afetadas pelo estado de saúde comprometido. É difícil definir as causas desta associação. Os profissionais se sentem inseguros e desprotegidos pela instituição por estarem trabalhando nesta condição e percebem um clima de segurança mais fraco? Os efeitos do adoecimento afetam suas atitudes de segurança? Especialistas em trabalho na saúde afirmam que o bem-estar deve ser uma prioridade, pois permite aos trabalhadores estarem significativamente envolvidos no trabalho, mais satisfeitos, menos propensos a experimentar *burnout*, prestando cuidados mais eficazes e mais seguros. Cuidadores que se sentem respeitados, protegidos e recebem o apoio de que precisam, têm maior probabilidade de seguir práticas seguras e trabalhar bem em equipe (LUCIAN LEAPE INSTITUTE – LLI, 2013).

Uma equipe de enfermagem elencou como principais fatores intervenientes na segurança do paciente: dimensionamento de pessoal e carga de trabalho; formação e capacitação profissional; trabalho em equipe; vínculo empregatício, rotatividade e falta de

estabilidade; má prática /comportamento destrutivo (OLIVEIRA, 2015). E conclui indicando o necessário investimento na valorização da Enfermagem para a promoção da segurança do paciente, pelo desenvolvimento de competências com foco na melhoria da qualidade assistencial.

Destacam-se as exceções, os domínios que não apresentaram diferenças entre os dois grupos, presenteístas e não presenteístas, no nosso estudo. O local, a equipe e os colegas foram avaliados como satisfatórios, enquanto as ações da gerência precisam melhorar no que diz respeito às questões de segurança. Uma liderança eficaz, com práticas de gestão que priorizam a segurança e envolvem a força de trabalho para falar e relatar falhas e perigos que ameaçam a segurança, suas e dos pacientes, dá forma a cultura de segurança (LLI, 2013). Contribuindo com alegria e significado à força de trabalho, com valorização e proteção contra danos físicos e psicológicos.

Garantir que os líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança é a primeira de oito recomendações feitas por um painel de especialistas e relatadas pela *National Patient Safety Foundation*, em “Livres de danos: Acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de *To Err Is Human*” (NPSF, 2015), pontuando a importância das ações das lideranças com vistas a acelerar as mudanças almejadas no *To Err Is Human* (2000). Embora este tenha contribuído muito para conceituar, divulgar a causa, estimular o debate e as pesquisas sobre o tema, assim como as notificações de EA, as intervenções foram pontuais e reativas nos 15 anos seguintes e ainda há muito para fazer (PRONOVOST et al., 2015).

Eventos adversos continuam ocorrendo, é um problema de saúde pública, e se faz necessário acelerar este processo para que os pacientes estejam realmente livres de danos. O que demanda ações no sistema de saúde, como um todo. Outras recomendações deste relatório são:

“2. Criar supervisão centralizada e coordenada da segurança do paciente; 3. Criar um conjunto comum de métricas de segurança que reflitam resultados significativos; 4. Aumentar o financiamento de pesquisa em segurança do paciente e na ciência da implementação; 5. Abordar a segurança em todo o universo da assistência à saúde; 6. Apoiar a mão de obra de assistência à saúde; 7. Associar-se a pacientes e famílias para promover uma assistência mais segura; 8. Garantir que a tecnologia seja segura e otimizada para aumentar a segurança do paciente” (NPSF, 2015, p. 35).

O item 6 refere-se à segurança da “mão de obra”, onde ânimo e bem-estar são absolutamente necessários para fornecer assistência segura. Os trabalhadores necessitam de apoio para desenvolverem seu potencial como curadores, com qualificação em cultura de segurança e ciência da implementação (execução, escalonamento, tradução e aplicação das

lições aprendidas no laboratório ou no ambiente piloto), continuamente. É preciso ampliar e criar recursos de apoio, com melhorias nas condições de trabalho, respeito, resiliência e gestão da fadiga. Com programas de comunicações, reconhecimento do trabalhador e resolução de problemas. E envolver o trabalhador na identificação de domínios de medição e na criação de painéis de controle de bem-estar e segurança próprios, para serem analisados pela liderança (NPSF, 2015, p. 39).

A sustentação de qualquer sistema de saúde eficaz é uma força de trabalho engajada e produtiva, onde o núcleo do engajamento é a experiência de *alegria e significado* no trabalho de saúde (LLI, 2013). Sinônimo de senso de realização e significado nas contribuições do trabalhador, em que *significado* se refere ao senso de importância do trabalho diário, e *alegria* ao sentimento de sucesso e realização que resulta de um trabalho significativo (SIKKA, MORATH, LEAPE, 2015). A ausência destes, experimentada pela maioria da força de trabalho da área da saúde, deve-se em parte às ameaças de danos físicos e psicológicos comuns no ambiente de trabalho, que superam as taxas de indústrias como mineração, fabricação de máquinas ou construção (LLI, 2013). Os resultados deste estudo evidenciaram alta prevalência de adoecimento nesta população, com sinais e sintomas de sobrecarga, e alto consumo de medicamentos.

Frente a um contexto complexo (multiplicidade de processos envolvidos) o trabalhador está colocado a realizar o seu trabalho, seguir normas e regras, cumprir as tarefas, que não são poucas e aumentam cada vez mais, para o seguimento de novos protocolos e processos que visam melhorar a atenção e reduzir incidentes aos pacientes. “Essa miríade de políticas semilegais inutilizáveis representa uma carga injustificada sobre os profissionais, um dreno de recursos e, paradoxalmente, uma ameaça à segurança.” (VINCENT, AMALBERTI, 2016, p. 90). Esta carga de recomendações acaba por ser impossível de ser seguida no cotidiano das organizações, na disparidade entre o cuidado imaginado pelas normas e diretrizes e o cuidado efetivamente prestado aos pacientes. Como esclarece Dejours (2016), há um hiato irreduzível entre o trabalho prescrito e o trabalho real, entre o que foi decidido que será feito e o que vai realmente acontecer. Este espaço, entre a organização, a prescrição do processo de trabalho e o resultado deste, vai ser afetado pela ocorrência de incidentes e mesmo acidentes, que não foram previstos, conforme demonstram os estudos dos ergonomistas. É neste hiato que reside a subjetividade do trabalho, o seu mistério, onde há mobilização da inteligência do trabalhador na busca das soluções dos problemas que se apresentam na sua prática (DEJOURS, 2016).

Esta inteligência, estudada pela Clínica e Psicodinâmica do trabalho e não pela Ergonomia, não está no cérebro, mas no corpo do trabalhador, não no corpo objetivo (biológico), mas no subjetivo, que não se vê, mas se experimenta de modo afetivo, que experimenta a vida (DEJOURS, BARROS, LANCMAN, 2016). Esta “inteligência tem seu lugar no corpo por inteiro, seja na condução de uma central nuclear, seja para pilotar um avião de caça, para cuidar de um doente” (DEJOURS, BARROS, LANCMAN, 2016, p.230). Na visão psicodinâmica do trabalho os incidentes e acidentes são resultados de uma desmobilização do trabalho vivo, da inteligência e da subjetividade do trabalhador. Esta subjetividade depende da experiência, do tempo na atividade, em que alguns demoram dias e outros anos para dar conta da resolução dos problemas advindos do trabalho, das situações prescritas e das que fogem ao prescrito.

Considerando que neste hospital quase metade da força de trabalho atual se inseriu nos últimos quatro anos, o tempo de experiência ainda é pequeno para aquisição das condições de domínio das tarefas e atividades, e de relações de grupo. Experiências também dependentes do estímulo da gerência no alinhamento de ações para criar e fortalecer a cultura institucional, no que se refere à segurança dos pacientes e dos profissionais. A interferência da experiência na evolução da subjetividade no trabalho (DEJOURS, BARROS, LANCMAN, 2016) acentua a importância da organização do trabalho na saúde, da gestão de pessoas, na formação de equipes mistas, com trabalhadores de diferentes idades e com diferentes tempos de experiência, onde os novos terão apoio dos profissionais antigos, até que sua experiência possa ser desenvolvida, agregando qualidade à assistência.

Promover a cultura de segurança implica mudança para uma abordagem global de sistemas de segurança, em que esta é sistemática e uniformemente aplicada em todo o processo (PRONOVOST et al., 2015). Nosso cenário operacional é de extrema importância porque a saúde é um sistema de sistemas e a perturbação de um elemento do sistema, sem considerar seu impacto nos outros elementos, pode resultar em erros e falhas. Neste sentido, a perturbação na saúde dos profissionais tem impacto na segurança de toda a organização, o que demanda ações urgentes no sentido de fortalecer a saúde e segurança do trabalhador.

A baixa participação de algumas categorias profissionais, como médicos, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros, limitaram a inferência e discussão dos resultados para as diferentes categorias da saúde. Contudo, os resultados permitem um olhar sobre o conjunto da organização, pela ótica dos trabalhadores, e podem subsidiar os gestores ao diagnosticar problemas e orientar formulações políticas necessárias para a melhoria dos ambientes hospitalares. Fundamentados na atenção ao

trabalhador, os resultados na segurança do paciente devem ser uma consequência, esperada e gratificante, realimentando de alegria e significado o trabalho na saúde.

5 CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa evidenciaram associações entre os dois construtos avaliados, presenteísmo e cultura de segurança. Os trabalhadores apresentaram alta prevalência de problemas de saúde, e muitos trabalharam afetados por estas condições. Este estado esteve associado a avaliação do clima de segurança na instituição, contribuindo para as baixas médias, no todo e na maioria dos domínios do SAQ, indicando que o nível da cultura de segurança está aquém do limite positivo para desenvolver uma assistência melhor e de menor risco aos pacientes. As ações gerenciais foram identificadas como as mais distantes do nível positivo para a segurança na instituição.

Neste ambiente hospitalar a cultura precisa evoluir para dar conta da segurança do paciente, atingindo um clima mais positivo, com significativo impacto no trabalhador, que acena com sua satisfação no trabalho, onde se identifica um potencial para impulsionar as melhorias que vão impactar na qualidade assistencial. As mudanças necessárias para acelerar estas melhorias passam pelos processos de vivência do trabalhador no ambiente, no convívio com os outros, colegas e pacientes, na coerência entre o que se deve fazer e o suporte para que seja feito.

Se o trabalho hospitalar pode ter efeitos graves sobre a saúde do trabalhador, esta deve, portanto, vir em primeiro plano nas discussões sobre cultura de segurança do paciente. O adoecimento do trabalhador de saúde pode, sim, repercutir na produtividade e conseqüentemente na segurança, sua e do paciente. Diante disto o enfoque deve ser a cultura de segurança geral, de todos os envolvidos, considerando a prioridade na atenção ao trabalhador, pois é quem produz e entrega o cuidado ao paciente.

Compreende-se que trabalhar, além de produzir, é transformar a si mesmo, e é nesta transformação que reside o potencial para a mudança de cultura esperada. Em meio à imprevisibilidade dos acontecimentos, é o trabalhador da linha de frente que vai tomar as decisões imediatas para controle e resgate das ocorrências de falha. Quanto mais entendimento do processo, mais experiência, mais apoio, melhor será a ação da subjetividade do trabalhador para resolver os problemas de segurança e evitar os eventos adversos que podem atingir as pessoas no trabalho.

A aproximação, imprescindível, entre equipe e liderança, deve ser um movimento que parta da gerência em direção ao trabalhador que está na ponta, na assistência direta aos pacientes, alinhando-se com o que ocorre na produção do cuidado. Por razões óbvias, a direção deste movimento não pode ser diferente, a gerência é quem deve fazer o caminho até

os profissionais, permitindo que se estabeleça uma relação de apoio e confiança, que facilite, com o tempo, o percorrer do caminho inverso.

Diante destes resultados, a cultura de segurança deve ser prioridade e objetivo de todos os envolvidos na assistência hospitalar, gerências, profissionais da linha de frente, pacientes e familiares. Entendem-se as questões econômicas envolvidas na segurança e saúde dos pacientes e trabalhadores, da necessidade de conter as perdas financeiras, pois decorrem de práticas equivocadas que arriscam a vida dos pacientes, drenam os recursos da saúde e atingem o trabalhador. No entanto, o movimento pela segurança, no qual se engajam os profissionais dentro das instituições de saúde, é para economizar aquilo que nos é mais caro: a vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

AIKEN, L. H. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ: British Medical Journal**, v.344, p.e1717, 2012. Disponível em:

<<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 14a ed. São Paulo: Cortez, 2011. 288 p.

ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc., Campinas**, vol. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21460.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, set. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000300407&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2018.

ARONSSON, G.; GUSTAFSSON, K.; DALLNER, M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. **Journal of Epidemiology & Community Health**. 2000 Jul; **54(7)**: 502-509. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1731716/pdf/v054p00502.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

BAPTISTA, P. C. P. et al. Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 122-128, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0122.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2017.

BARATTO, M. A. M. **Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria**. 2015. 186 p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7443/BARATTO%2c%20MARI%20ANGEL%20A.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

BARROS, M. E.; SANTOS FILHO, S. B.; GOMES, R. S. Alguns conceitos articulados na discussão do processo de trabalho em saúde. In: MACHADO, J. M. H; ASSUNÇÃO, A. A. (orgs). **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. – Belo Horizonte:

UFMG/Faculdade de Medicina, 2012. 164p : Il. Disponível em:

<https://site.medicina.ufmg.br/nest/wp-content/uploads/sites/33/2015/04/Panorama_e-book.pdf> Acesso em: 12 nov. 2018.

BITTAR, O.J.N.V. **Cultura & qualidade em hospitais**. In: QUINTO NETO, A.; BITTAR, O. J. N. V. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Da Casa, 2004. Cap.1. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/268447203_cultura_qualidade_em_hospitais> Acesso em: 26 out. 2016.

BRBOROVIĆ, H. et al. Are nurse presenteeism and patient safety culture associated: a cross-sectional study. **Archives of Industrial Hygiene and Toxicology**, 2014. 65(2), pp. 149-156. Disponível em: <<https://content.sciendo.com/view/journals/aiht/65/2/article-p149.xml>>. Acesso em: 24 out. 2017.

BRBOROVIĆ, H.; BRBOROVIĆ, O. Patient safety culture shapes presenteeism and absenteeism: a cross-sectional study among Croatian healthcare workers. **Archives of Industrial Hygiene and Toxicology**, 2017. 68(3), pp. 185-189. Disponível em: <<https://content.sciendo.com/view/journals/aiht/68/3/article-p185.xml>>. Acesso em: 24 out. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 26 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (**Cadernos Humaniza SUS**; v. 3). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

_____. Portaria Nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 21 mar. 2019.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: <<http://sbbq.iq.usp.br/arquivos/seguranca/portaria485.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 abr. 2013a. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2013b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde**. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed., 2. reimpr.– Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 44 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de regulação do trabalho em saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 34 p. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_camara_regulacao.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013d. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-466_2012.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde**; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2016.

BRITO, J. et al. A saúde dos trabalhadores da saúde: focos, abordagens e estratégias de pesquisa. In: MACHADO, J. M. H.; ASSUNÇÃO, A. A. (orgs). **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/nest/wp-content/uploads/sites/33/2015/04/Panorama_e-book.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

CAMELO, S. H. H. et al., Trabalhador de saúde: formas de adoecimento e estratégias de promoção à saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.05, Nº. 03, Ano 2014 p.2220-29 Disponível em: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/679/pdf_1>. Acesso em: 12 nov. 2018.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança**. 158 f. Tese (doutorado) Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-30112011-085601/pt-br.php>>. Acesso em 03 jul. 2017.

CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire- Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. maio-jun. 2012; 20(3): [8 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2017.

CARVALHO, R. E. F. L. et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2017;25:e2849. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2849.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2019.

COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care** 2005;14(5):364–366. Disponível em: <<https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/14/5/364.full.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2019.

COUTO, R. C. et al. **II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil** - Propondo as Prioridades Nacionais. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina UFMG; 2018. 98 p. Disponível em: <<https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2019.

DAUD-GALLOTTI, R. M. et al. Nursing Workload as a Risk Factor for Healthcare Associated Infections in ICU: A Prospective Study. **PLoS ONE** 7(2012): e52342. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0052342&type=printable>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. Estudo de Psicopatologia do Trabalho (5ª ed.). São Paulo: Cortez-Oboré, 1992. 168p

DEJOURS, C. Prefácio. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 15-21.

DEJOURS, C.; BARROS, J.; LANCMAN, S. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 27, n. 2, p. 228-235, 17 ago. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i2p228-235>>. Entrevista concedida a Juliana de Oliveira Barros e Selma Lancman. Acesso em: 13 mar. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **EBSERH**. Ministério da Educação. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/relacao-com-a-ebserh>>. Acesso em: 26 nov 2018)

_____. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **HUSM**. Ministério da Educação. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm>>. Acesso em: 24 set. 2017.

_____. **HUSM**. Ministério da Educação. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/estruturas/gas/svssp/apresentacao>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

_____. **HUSM**. Ministério da Educação. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/estruturas/ga/sost/apresentacao>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

FARIA, A. M. **Presenteísmo: Fatores envolvidos no processo decisório de ir trabalhar doente**. 2016. 175 f. Dissertação (Mestrado em Trabalho, Saúde e Ambiente) – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, São Paulo, SP, 2016.

Disponível em: <[http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/pos-graduacao/Dissertacao%20Adelia%20Meira%20de%20Faria\(5\).pdf](http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/pos-graduacao/Dissertacao%20Adelia%20Meira%20de%20Faria(5).pdf)>. Acesso em: 21 set. 2017.

FERRAZ, F.; HECKSHER, S.; CARVALHO, E. **Presenteísmo: as perdas diárias e silenciosas**. (Área temática: Gestão de Segurança no Trabalho e Ergonomia). XII Congresso Nacional de Excelência em Gestão. 2016. Disponível em: <http://www.inovarse.org/sites/default/files/T16_188.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2019.

FERREIRA, A. I. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa das escalas de presentismo WLQ-8 E SPS-6. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 253-266, ago. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2019.

FLORES-SANDI, G. Presentismo: potencialidad en accidentes de salud. **Acta méd. costarric**, San José, v. 48, n. 1, p. 30-34, março de 2006. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022006000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2019.

FRIGOTTO, G. **Trabalho**. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. (org.), Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

GLENDON, A. I.; STANTON, N. A. Perspectives on safety culture. **Safety Science**, n.34, p.193-214, 2000. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753500000138>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

GONÇALVES, F. G. A. et al. Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 646-653, Sept. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300646&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2017.

GONÇALVES FILHO, A. P.; ANDRADE, J. C. S.; MARINHO, M. M. O. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 18, n. 1, p. 205-220, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v18n1/15.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2019.

HEMP, P. Presenteeism: At work - But out of it. **Harvard Business Review** (2004). Disponível em: <http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Fachthemen/Hemp_2004_Presenteeism.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2017.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2019.

JOHNS, G. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. **Organiz. Behav.**31, 519–542 (2010). Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/job.630>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To Err is Human: Building a safer health system.** Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

KOOPMAN, C. et al. Stanford Presenteeism Scale: health status and employee productivity. **J Occup Environ Med.** V.44, n.1, p.14-20, January, 2002. Disponível em: <http://drpelletier.com/chip/pdf/CHIP-stanford_presenteeism_scale.pdf> Acesso em: 04 jul. 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica:** Técnicas de pesquisa. 7ª ed. – São Paulo: Atlas, 2010. 320 p.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 23-34.

LETVAK, S. A.; RUHM, C. J.; GUPTA, S. N. Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. **Am J Nurs** 2012;112:30-8. Disponível em: <<https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00000446-201202000-00021.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

LUCIAN LEAPE INSTITUTE (LLI). **Through the Eyes of the Workforce:** Creating Joy, Meaning, and Safer Health Care. Boston, MA: National Patient Safety Foundation. 2013. Disponível em: <<https://c.yimcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/LLI/Through-Eyes-of-the-Workforc.pdf>>. Acesso em 06 de abril de 2019

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Intensidade da dor musculoesquelética e a (in)capacidade para o trabalho na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 20(6):[09 telas] nov.-dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_15.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2019.

MARX, K. **O Capital.** São Paulo: Abril Cultural, 1983. v.I

MARTINEZ, L. F. et al. A esperança é a última a morrer? Capital psicológico positivo e presentismo. **Comportamento Organizacional e Gestão**, vol. 13, n.1, p.37-54. Lisboa, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/cog/v13n1/v13n1a03.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2017.

MARTINEZ, L. F.; FERREIRA, A. I. Sick at work: Presenteeism among Nurses in a Portuguese Public Hospital. **Stress Health.** 2011. Volume 28, Issue 4. October 2012. Pages 297-304. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/smi.1432>>. Acesso em: 14 mar. 2019.

MARTINS, C. P.; LUZIO, C. A. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. **Interface Comunicação Saúde Educação** (Botucatu). 2017; 21(60):13-22. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150614.pdf>> Acesso em: 21 dez. 2018.

MARZIALE, M. H. P. et al . Implantação da Norma Regulamentadora 32 e o controle dos acidentes de trabalho. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 859-866, 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 dez. 2018.

MCKEVITT, C. et al. Sickness absence and ‘working through’ illness: a comparison of two professional groups. **Journal of Public Health Medicine**. 1997; 19:295-300. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024633>>. Acesso em: 04 jul. 2017.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Rev Saúde em Debate** 2003; 22(64):110-122. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/6202585/saude_em_debate_n64.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1552608942&Signature=MYmw115to8e7b5orITSZ1BIVKe0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DReflexoes_sobre_o_conceito_de_humanizaca.pdf#page=25>. Acesso em: 14 mar. 2019.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde**. In: PEREIRA, I. B., LIMA, J. C. F. (org.), Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 14 mar 2019.

MIRAGLIA, M.; JOHNS, G. Going to Work Ill: A Meta-Analysis of the Correlates of Presenteeism and a Dual-Path Model. **J Occup Health Psychol**; 21(3):261-83. 2016. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/146488667.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION (NPSF). **Livres de danos - Acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de To Err Is Human**. Relatório de um painel de especialistas convocado pela The National Patient Safety Foundation (Fundação Nacional de Segurança do Paciente), 2015. Disponível em: <https://c.ymcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm_portugues-br.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2017.

OLIVEIRA, R. M. et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. **Rev Esc Enferm USP**. 2015; 49(1):104-113. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0104.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2019.

OMS. **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final**. Tradução: Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde/Ministério da Saúde, Lisboa, 2011. Título original: Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

OZMINKOWSKI, R. J.; GOETZEL, R. Z.; LONG, S. R. A validity analysis of the work productivity short inventory (WPSI), instrument measuring employee health and productivity.

Journal of Occupational and Environmental Medicine, vol. 45, p. 1183-1195, 2003.

Disponível em:

<http://journals.lww.com/joem/Abstract/2003/11000/A_Validity_Analysis_of_the_Work_Productivity_Short.10.aspx>. Acesso em: 04 jul. 2017.

PASCHOALIN, H. C. **Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na**

Enfermagem. – Rio de Janeiro: UFRJ, 2012. 169f. : il.; Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, 2012. Disponível em:

<http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_HeloisaCamposPaschoalin.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

PASCHOALIN, H. C. et al. Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do Stanford Presenteeism Scale para avaliação do presenteísmo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. jan.-fev. 2013;21(1):[08 telas]. Disponível em:

<<http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/52966/57003>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

PEREIRA, N. C. Presenteísmo odontológico: conhecendo um instrumento de pesquisa para mensuração e avaliação. 2014. 112 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo. Bauru, 2014. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-14042015-100136/pt-br.php>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

PILETTE, P. C., Presenteeism in Nursing: A Clear and Present Danger to Productivity.

Journal of Nursing Administration. 2005; 35, p.300-303. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15951705>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

PIRES, D. E. **Divisão Técnica do Trabalho em Saúde**. In: PEREIRA, I.B., LIMA, J. C. F. (org.), **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>

PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Ver Port Saúde Pública**. 2010; Vol Temat (10):74-80. Disponível em:

<https://www.academia.edu/27288861/A_magnitude_financeira_dos_eventos_adversos_em_hospitais_no_Brasil>. Acesso em: 10 set. 2017.

PRONOVOST, P. et al. **Transforming Patient Safety: A Sector-Wide Systems Approach**.

Report of the Wish Patient Safety Forum 2015. Disponível em: <http://www.wish.org.qa/wp-content/uploads/2018/01/WISH_PatientSafety_Forum_08.01.15_WEB-1.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2019.

REASON, J. **Human error**. New York: Cambridge University Press; 1990. 320 p.

_____, J. **Managing the risks of organizational accidents**. Aldershot UK: Ashgate; 1997. 252 p.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Quem Somos**. Disponível em: <https://www.rebraensp.com.br/quem-somos>. Acesso em: 30 mar. 2018.

REBRAENSP. **Manual para Profissionais da Saúde**. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

REIS, C.T. et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, e00115614, nov. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001104001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 set. 2017.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2019.

REVUELTA, J. F. R. Nursing presenteeism. Patient safety implications. Possibilities of control and reduction. **Enfermería Global** n° 35. Julio 2014; p.374-383. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/en_revision5.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

RIOS, I. C. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 151-160, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2019.

ROJAS, R. Enfoque del Presentismo em Empresas de Salud. **Ciênc Trabajo**, vol. 9, n. 24, p. 64-8, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=489176&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 out. 2018.

RUSS, A. L. The science of human factors: separating fact from fiction. **BMJ Qual Saf**, 2013; 22:802-808. Disponível em: <<https://qualitysafety.bmj.com/content/22/10/802>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

SANTOS, H. E. C.; MARZIALE, M. H. P.; FELLI, V. E. A. Presenteeism and musculoskeletal symptoms among nursing professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2018;26:e3006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3006.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

SENDÉN, M.G.; SCHENCK-GUSTAFSSON, K.; FRIDNER, A. Gender differences in Reasons for Sickness Presenteeism - a study among GPs in a Swedish health care organization. **Annals of occupational and environmental medicine**, 28, 50. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5028976/pdf/40557_2016_Article_136.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res**. 2006;44(6): 1-10. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/>. Acesso em: 06 jul. 2017.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do estudo: **Cultura de segurança do paciente e agravos a saúde do trabalhador**

Autoras da pesquisa: Prof^a Dr^a Grazielle de Lima Dalmolin, Prof^a Dr^a Rafaela Andolhe, Prof^a Dr^a Tania Bosi de Souza Magnago, Prof^a Dr^a Angela Isabel Dullius

Universidade Federal de Santa Maria / Departamento de Enfermagem

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8263; Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1305A, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria/UFSM

Eu Rafaela Andolhe, responsável pela pesquisa Cultura de segurança do paciente e agravos a saúde do trabalhador, e os mestrandos Monique Pereira Portella Guerreiro, Oclaris Lopes Munhoz, Patrícia Tuchtenhagen, Roosy Eloiza Bolzan Zanon, autores da pesquisa, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende avaliar a cultura de segurança do paciente e agravos a saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar. Acreditamos que ela seja importante, pois essa avaliação poderá contribuir para elaborar estratégias para promover qualidade de vida no trabalho, e por consequência identificar fatores que irão consolidar a cultura de segurança do paciente e aspectos que possam comprometer a saúde dos trabalhadores no ambiente hospitalar. Espera-se fortalecer a segurança do paciente, contribuindo para o desenvolvimento de ambientes mais seguros, e também mais saudáveis para a prestação de cuidados.

Para esta coleta de dados será utilizado um protocolo de pesquisa, que abrange entrega de questionários autopreenchíveis (Blocos A, B, C, D, E, F, G e H) a serem respondidos no local de trabalho. Será realizado convite a todos os trabalhadores que atenderem os critérios de inclusão, sendo esclarecidos os objetivos e a relevância da investigação. Em sequência, aos trabalhadores que aceitarem participar, será fornecido este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assegura o esclarecimento dos objetivos, sigilo, anonimato das informações fornecidas, bem como garante a participação livre na pesquisa, incluindo o direito de ser excluído, sem ônus, se assim for a vontade do participante.

Será feito um intervalo durante o preenchimento dos questionários, para aferição da pressão arterial, medida da circunferência abdominal e peso do participante. Em seguida, ele poderá concluir o preenchimento dos questionários.

Poderão ocorrer cansaço ou desconforto por parte do participante em função da extensão dos instrumentos, mobilização de sentimentos por lembranças de experiências vivenciadas no trabalho. Nesses casos, a coleta de dados será interrompida, podendo ser retomada em outro momento ou não, a depender da sua vontade.

Os benefícios oferecidos com esta pesquisa não são diretamente aos participantes, mas os resultados poderão contribuir para elaborar estratégias de melhoria aos serviços, no que se referem à saúde do trabalhador e segurança do paciente. Contribuirá, também, para a construção do conhecimento em saúde e em enfermagem. Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Ainda, após análise dos dados, caso seja identificada a necessidade de atendimento psicológico será sugerido a estes profissionais, uma abordagem individual orientando-se que procurem atendimento psicológico, gratuito e com horário agendado, no serviço de qualidade de vida da UFSM.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações científicas da área de conhecimento, sem a identificação dos participantes.

Autorização

Eu,....., após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais me foi entregue.

Santa Maria, ____/____/____

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado



Título do projeto: **Cultura de segurança do paciente e agravos a saúde do trabalhador**

Autoras da pesquisa: Prof^ª Dr^ª Grazielle de Lima Dalmolin, Prof^ª Dr^ª Rafaela Andolhe, Prof^ª Dr^ª Tania Bosi de Souza Magnago, Prof^ª Dr^ª Angela Isabel Dullius

Pesquisador responsável: Rafaela Andolhe

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Enfermagem Telefone para contato: (55) 99959-0248

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria /UFSM

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio do preenchimento de um questionário com questões objetivas referentes a dados sociodemográficos (sexo, idade, entre outras), profissionais (tipo, anos trabalhados, entre outras) e de saúde (estresse, burnout, dor musculoesquelética, uso do álcool, presenteísmo), no Hospital Universitário de Santa Maria. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 1305A, 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof. Pesquisadora Rafaela Andolhe. Após este período os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro CAAE Santa Maria,dede 20.....

Assinatura do pesquisador responsável _____ Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

BLOCOS A – D

(Recorte do projeto Cultura de segurança do paciente e agravos a saúde do trabalhador)

Responda as perguntas abaixo de acordo com seus dados pessoais

- ➔ OS ESPAÇOS EM CINZA SERÃO PREENCHIDOS PELOS PEQUISADORES.
- ➔ ATENTE PARA O VERSO DAS FOLHAS.
- ➔ ASSINALE COM UM “X” SOBRE O NÚMERO/OPÇÃO REFERENTE À SUA RESPOSTA.

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO	
A1. Nº do Instrumento: _____	A1 _____
A2. Data da coleta de dados: ___/___/___ Coletador _____	A2 _____
BLOCO B – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	
B1. Data de nascimento: ___/___/___	B1 ___/___/___
B2. Gênero: [1] M [2] F [3] Outro _____	B2 _____
B3. Estado civil: [1] sem companheiro [2] com companheiro	B3 _____
B4. Filhos: [1] Não [2] Sim	B4 _____
B4a. Se, sim, qual o número de filhos? _____	B4a _____
BLOCO C – PERFIL LABORAL	
C1. Setor/Unidade/Local de trabalho: _____	C1 _____
C2. Regime de trabalho: [1] Celetista/EBSERH [2] Estatutário/RJU [3] Outro	C2 _____
C3. Cargo: [1] Assistente social [2] Enfermeiro [3] Farmacêutico [4] Fisioterapeuta [5] Fonoaudiólogo [6] Médico da equipe responsável [7] Médico residente [8] Residente multiprofissional. Qual? _____ [9] Nutricionista [10] Odontólogo [11] Psicólogo [12] Administrativo (Auxiliar de escritório, secretário, recepcionista, almoxarife) [13] Técnico de enfermagem [14] Auxiliar de enfermagem [15] Técnico de radiologia [16] Cozinheiro/ Copeiro [17] Motorista [18] Técnico de laboratório [19] Serviço de manutenção [20] Vigilante/porteiro [21] Auxiliar de saúde [22] Outro: _____	C3 _____
C4. Maior formação COMPLETA: [1] Ensino fundamental [2] Ensino Médio [3] Graduação [4] Especialização/Residência [5] Mestrado [6] Doutorado	C4 _____
C5. Tempo de formação no cargo em que atua: _____ anos _____ meses	C5 _____
C6. Tempo de trabalho na instituição: _____ anos _____ meses	C6 _____
C7. Tempo de trabalho no setor: _____ anos _____ meses	C7 _____
C8. Turno de trabalho atual nessa unidade: [1] manhã [2] tarde [3] noite [4] misto	C8 _____
C9. Carga horária semanal de trabalho: _____ horas	C9 _____

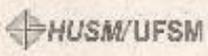
C10. Possui outro emprego ou vínculo empregatício? [1] Não [2] Sim C10a. Se sim, qual? _____ C10b. Qual a carga horária semanal? _____ horas	C10 ____ C10a ____ C10b ____
C11. Há quantos dias não tem folga nessa unidade? _____ dias	C11 ____
C12. Você se sente satisfeito por trabalhar no seu setor? [1] Não [2] Sim	C12 ____
C13. Tem intenção de deixar o trabalho? [1] Não [2] Sim [3] Não sei/não pensei nisso	C13 ____
BLOCO D – PERFIL DE SAÚDE	
D1. Altura: _____ cm	D1 ____
D2. Peso: _____ Kg Obs: se for gestante, informar o peso anterior a gestação	D2 ____
D3. Circunferência abdominal: _____ cm D3a. Circunf. Cintura: _____ cm	D3 ____/3ª__
D4. Circunferência de quadril _____ cm	D4 ____
D5. PA: _____ mmHg	D5 ____
D6. Você ganhou peso nos últimos 6 meses? [1] Não [2] Sim D6a. Se sim, quantos kg? _____	D6 ____ D6a ____
D7. Você perdeu peso nos últimos 6 meses? [1] Não [2] Sim D7a. Se sim, quantos kg? _____	D7 ____ D7a ____
D8. Necessidade de horas de sono diária: _____ horas	D8 ____
D9. Horas efetivamente dormidas por dia: _____ horas	D9 ____
D10. Você considera esse número de horas efetivamente dormidas por dia: [1] Insuficiente [2] Pouco suficiente [3] Suficiente	D10 ____
D11. Quanto tempo, em minutos ou horas diárias, você utiliza o computador? _____	D11 ____
D12. Quanto tempo, em minutos ou horas diárias, você utiliza o celular? _____	D12 ____
D13. Você pratica atividade física? [1] Não [2] Sim [3] Às vezes	D13 ____
D14. O seu tempo para o lazer é? [1] Insuficiente [2] Pouco suficiente [3] Suficiente	D14 ____
D15. Possui algum problema de saúde diagnosticado pelo médico? [1] Não [2] Sim D15a. Se sim, Qual (is)? _____	D15 ____ D15a ____
D16. Faz uso de medicação contínua (incluindo anticoncepcional)? [1] Não [2] Sim, com prescrição médica. D16a. Quais? _____ [3] Sim, por conta própria. D16b. Quais? _____	D16 ____ D16a ____ D16b ____
D17. Você fuma? [1] Não [2] Às vezes [3] Sim	D17 ____
D18. Afastou-se do trabalho por problemas de saúde no último ano? [1] Não [2] Sim. D18a. Se sim, quantos dias? _____	D18 ____ D18a ____
D19. Você tem alguma sugestão para melhorar o seu ambiente de trabalho?	D19
D20. Você tem alguma questão que não foi abordada neste estudo e que gostaria de sugerir para um estudo posterior?	D20

ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE PRESENTEÍSMO

BLOCO I – Avaliação do Presenteísmo						
I 1 – NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você teve algum problema de saúde? 1[] Não 2[] Sim. I 1a -Qual problema de saúde? _____					I 1 _____ I 1a _____	
I 2 – NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você faltou ao trabalho por algum problema de saúde, consulta médica ou para fazer algum exame de saúde? 1[] Não 2[] Sim. I 2a - Quantos dias? _____					I 2 _____ I 2a _____	
I 3 – NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve presente no trabalho apesar de apresentar algum problema de saúde ou algum sinal ou sintoma de adoecimento? 1[] Não. Passa para o BLOCO J 2[] Sim. I 3a - Se sim, qual(ais)? _____					I 3 _____ I 3a _____	
I 3b- <u>Stanford Presenteísmo Scale – SPS-6 (Escala Stanford de Presenteísmo)</u>						
Por favor, descreva suas experiências no trabalho nos últimos 30 dias. Essas experiências podem ter sido influenciadas por diversos fatores pessoais e do ambiente e alteradas ao longo do tempo. Para cada afirmativa abaixo, escolha uma única resposta que melhor retrate seu grau de concordância ou discordância, considerando suas experiências de trabalho nos últimos 30 dias. *Nota: as expressões “dor nas costas”, “problema cardiovascular”, “doença”, “problema de estômago” e outros termos semelhantes podem ser substituídos pela palavra “problema de saúde” em qualquer um desses itens.						
Por favor, utilize a seguinte escala para suas respostas →	Eu discordo totalmente	Eu discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Eu concordo parcialmente	Eu concordo totalmente	
1 - Devido ao meu (problema de saúde)* foi muito mais difícil lidar com o estresse no meu trabalho.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	I3b1 _____
2- Apesar do meu (problema de saúde)*, consegui terminar tarefas difíceis no meu trabalho.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	I3b2 _____
3- Devido ao meu (problema de saúde)*, não pude ter prazer no trabalho.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	I3b3 _____
4- Eu me senti sem ânimo para terminar algumas tarefas no trabalho, devido ao meu (problema de saúde)*.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	I3b4 _____
5- No trabalho consegui me concentrar nas minhas metas apesar do meu (problema de saúde)*.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	I3b5 _____
6- Apesar do meu (problema de saúde)*, tive energia para terminar todo o meu trabalho.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	I3b6 _____
I4- Quais os motivos que te levam a ir trabalhar, mesmo não se sentindo bem de saúde? 1[] Minha ausência vai sobrecarregar meus colegas 2[] Minha ausência vai comprometer a assistência 3[] Tenho receio de perder meu emprego 4[] Meu ambiente doméstico não é bom. Prefiro trabalhar a ficar em casa 5[] Não há quem me substitua e meu serviço vai ficar acumulado 6[] Tenho outros motivos: _____					I 4 _____	

ANEXO C – REGISTRO DO PROJETO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL

Formulário 0001/10/17




Universidade Federal de Santa Maria
Hospital Universitário de Santa Maria
Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares



REGISTRO DE PROJETOS

Nº Inscrição OEP: 13342017 Data: 20/10/2017

Pesquisador(a): Rafaela A. Mendes Função: Exercente
 SIAPE: 25512091 Telefone: 3224359-047 Unidade/Curso: Unidade de Geriatria
 E-mail: rafaela.amendes@ufsm.br

Título: Cultura de Regulação de pacientes e serviços à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar

TIPO DE PROJETO: Pesquisa Extensão Ensino Institucional

FINALIDADE: TCC Especialização Mestrado Doutorado Pós-Doutorado

Iniciação Científica Mestrado Profissional Outros

Qual programa? Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

TIPO DE PESQUISA: Inovações Tecnológicas em Saúde Ciências Sociais e Humanas Aplicadas à Saúde Epidemiológico Clínica Epidemiológica Observacional Infraestrutura Avaliação de Tecnologia em Saúde Biomédica (Stilo - Sensus) Pré-Clinica Qualitativa Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas: Programa e Serviços de Saúde Outras Ações de C&I

Ensaio Clínico Fase I Fase II Fase III Fase IV

Multicêntrico: Não Sim, qual? _____

Período Execução: Ano (Início): 2017 Ano (Término): 2017

FUNTE(S) DE FINANCIAMENTO: Edital Interno do HUSM Edital Interno UFMS qual(is)? _____
 Indústria Farmacêutica Agência Pública de Fomento Nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) Agência de Fomento Internacional Outro(s), qual(is)? _____

GRUPO DE PESQUISA: Não Sim, qual? Trabalho 2035, educação e informação

OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.

Rafaela A. Mendes
Pesquisador(a) responsável

AValiação e Aprovação Institucional

↳ SETORIAL:

Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto	Assinatura e Carimbo dos Responsáveis
<u>UGRA - Unidade de Gestão de Recursos Humanos</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<u>Rafaela A. Mendes</u> <i>[Carimbo: UGPA - Unidade de Gestão de Recursos Humanos - SIAPE 25512091]</i>
<u>DIUGP</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<u>[Assinatura]</u> <i>[Carimbo: Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM - SIAPE 25512091]</i>
<u>SCST</u>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<u>[Assinatura]</u> <i>[Carimbo: Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM - SIAPE 25512091]</i>
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

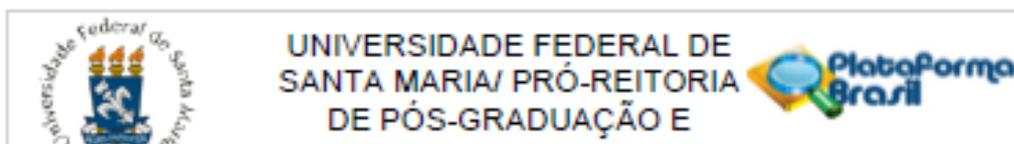
2↳ COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM: Aprovado Data: 24/10/17

3↳ GEP/HUSM ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): [Assinatura] Data: 24/10/17

ATENÇÃO: A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação do CEP/UFMS e entrega do parecer de aprovação na GEP/HUSM.

SIAPE 1146159

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E AGRAVOS À SAÚDE DO TRABALHADOR EM AMBIENTE HOSPITALAR

Pesquisador: Rafaela Andohe

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80587417.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

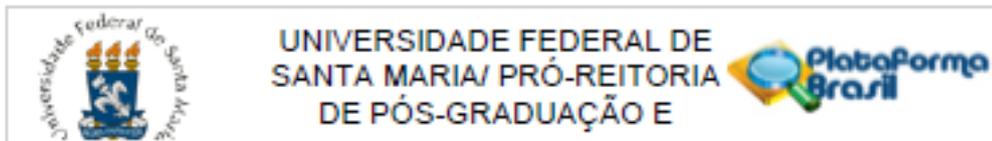
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.447.277

Apresentação do Projeto:

A segurança do paciente e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado em saúde, constitui-se numa prioridade na agenda da Organização Mundial da Saúde (OMS). No entanto, as condições de trabalho têm sido fatores que interferem na efetivação da cultura de segurança do paciente como: sobrecarga de trabalho, estresse/burnout, satisfação, adoecimento, o presentismo, entre outros agravos. Este estudo tem como objetivo geral avaliar a cultura de segurança do paciente e os agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar. trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, que será realizado em um hospital público, do centro do estado do Rio Grande do Sul. Serão aplicados questionários autoperenchíveis a todos os trabalhadores do contexto hospitalar, quais sejam: Bloco A - caracterização sociodemográfica, laboral e perfil de saúde; Bloco B - Safety Attitudes Questionnaire (SAQ); Bloco C - Job Stress Scale (JSS); Bloco D - Instruções para coleta de cortisol salivar; Bloco E - Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO); Bloco F - Maslach Burnout Inventory (MBI); Bloco G - Stanford Presenteeism Scale; Bloco H - Alcohol Use Disorders Identification Test. Serão coletados por coletadores treinados. Será organizado um banco de dados por dupla digitação independente e após será organizado um banco de dados para posterior análise no SPSS, com utilização de testes estatísticos específicos conforme objetivos do estudo.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9382 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.447.277

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a cultura de segurança do paciente e os agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram analisados adequadamente no projeto, Plataforma e TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: ok

Registro no GAP: ok

Autorização Institucional: ok (GEP)

Cronograma: ok

Orçamento: ok

Termo de confidencialidade: ok

TCLE: ok

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações BÁSICAS DO PROJETO 1021987.pdf	15/12/2017 11:33:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_revisado_cep.pdf	15/12/2017 11:33:09	Rafaela Andoibe	Aceito

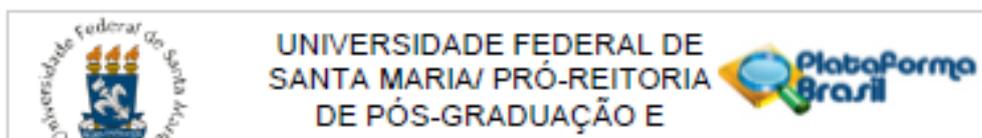
Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi CEP: 97.105-970

UF: RS Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-0982

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 2.447.277

Justificativa de Ausência	TCLE_revisado_cep.pdf	15/12/2017 11:33:09	Rafaela Andolhe	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.pdf	15/12/2017 11:32:47	Rafaela Andolhe	Acelto
Outros	TC_assinado_data.pdf	28/11/2017 12:06:03	Rafaela Andolhe	Acelto
Outros	projeto_portal.pdf	28/11/2017 12:05:26	Rafaela Andolhe	Acelto
Outros	autoriza.pdf	27/10/2017 11:03:28	Rafaela Andolhe	Acelto
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	27/10/2017 10:56:13	Rafaela Andolhe	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 19 de Dezembro de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-070
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-0382 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO PARA USO DOS DADOS DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a mestranda Roosí Eloiza Bolzan Zanon, estudante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria, a utilizar o banco de dados da pesquisa intitulada “Cultura de Segurança e agravos à saúde do trabalhador”, ainda em tramitação para registro e submissão à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, da qual sou pesquisadora responsável.

Rafaela Andolhe

Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria
Coordenadora da Pesquisa

Dr.ª Rafaela Andolhe
Professor Adjunto - DENFEUF-SM
SIAPE 2557204

Santa Maria, 13 de novembro de 2017.