

Presenteísmo e cultura de segurança: avaliação dos trabalhadores de saúde de um hospital universitário

Presenteeism and safety culture: evaluation of health workers in a teaching hospital

Presentismo y cultura de seguridad: evaluación de los trabajadores de la salud en un hospital universitario

Roosi Eloiza Bolzan Zanon¹

ORCID: 0000-0002-4033-5361

Grazielle de Lima Dalmolin¹

ORCID: 0000-0003-0985-5788

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago¹

ORCID: 0000-0002-5308-1604

Rafaela Andolhe¹

ORCID: 0000-0003-3000-8188

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho¹

ORCID: 0000-0002-3406-9685

¹Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

¹Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo:

Zanon REB, Dalmolin GL, Magnago TSBS, Andolhe R, Carvalho REFL. Presenteeism and safety culture: evaluation of health workers in a teaching hospital. Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20190463. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0463>

Autor Correspondente:

Roosi Eloiza Bolzan Zanon
E-mail: roosi.zanon@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Alexandre Balsanelli

Submissão: 30-11-2019 **Aprovação:** 07-08-2020

RESUMO

Objetivos: verificar associações entre presenteísmo e cultura de segurança entre trabalhadores de saúde. **Métodos:** estudo descritivo, transversal, com trabalhadores de saúde de um hospital universitário do Rio Grande do Sul. Os dados coletados por meio de instrumentos de caracterização da amostra, a versão brasileira da *Stanford Presenteeism Scale* e o Questionário de Atitudes de Segurança, foram analisados por estatística descritiva e teste do qui-quadrado. **Resultados:** participaram 758 (48%) profissionais; identificaram-se 330 (43,5%) presenteístas, os quais avaliaram a cultura de segurança mais negativamente comparados aos não presenteístas. A cultura de segurança obteve média inferior a 75; observaram-se associações entre presenteísmo e cultura de segurança geral, e com os domínios clima de trabalho em equipe, clima de segurança, reconhecimento do estresse e condições de trabalho. **Conclusões:** o presenteísmo esteve associado à cultura de segurança, a qual necessita de investimento por parte da gerência hospitalar, com atenção à saúde dos trabalhadores. **Descritores:** Presenteísmo, Pessoal de Saúde, Saúde do Trabalhador, Cultura Organizacional, Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objectives: to verify associations between presenteeism and safety culture among health workers. **Methods:** a descriptive, cross-sectional study with health workers from a teaching hospital in Rio Grande do Sul. Data collection took place through instruments of sample characterization, the Brazilian version of the *Stanford Presenteeism Scale* and the *Safety Attitudes Questionnaire* were analyzed using descriptive statistics and chi-square tests. **Results:** a total of 758 (48%) professionals participated; 330 (43.5%) presenteeism were identified, who evaluated the safety culture more negatively compared to non-presenteeism. The safety culture had a mean less than 75; associations between presenteeism and general safety culture were observed, and with the domains of teamwork climate, safety climate, stress recognition and working conditions. **Conclusions:** presenteeism was associated with a safety culture, which requires investment by hospital management, with consideration to the health of workers. **Descriptors:** Presenteeism, Health Personnel, Occupational Health, Organizational Culture, Patient Safety.

RESUMEN

Objetivos: verificar asociaciones entre el presentismo y la cultura de seguridad entre trabajadores de la salud. **Métodos:** estudio descriptivo, transversal con trabajadores de la salud de un hospital universitario de Rio Grande do Sul. Se analizaron los datos recolectados mediante instrumentos para la caracterización de la muestra, la versión brasileña de la Escala de Presentismo Stanford-6 y el Cuestionario de Actitudes de Seguridad, mediante la estadística descriptiva y la prueba de chi-cuadrado. **Resultados:** participaron 758 (48%) profesionales; se identificó el presentismo en 330 (43,5%), quienes evaluaron la cultura de seguridad de manera más negativa en comparación con los no presentistas. La cultura de seguridad promedió menos de 75 y hubo asociaciones entre el presentismo y la cultura de seguridad general, y con los dominios de trabajo en equipo, el clima de seguridad, percepción del estrés y las condiciones de trabajo. **Conclusiones:** el presentismo se asoció a la cultura de seguridad, que requiere inversión por parte de la dirección hospitalaria, con atención a la salud de los trabajadores. **Descritores:** 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, sua missão e a complexidade representada por esta instituição, somados aos efeitos das políticas sociais e econômicas que afetam a todos, tem-se um cenário de características associadas ao adoecimento de seus 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, que pode ter consequências graves para as organizações⁽⁴⁾. A avaliação dos custos do presenteísmo é complexa, uma vez que o trabalhador está presente no local de trabalho com potencial de disseminar doenças e comprometer não apenas a sua, mas a produtividade geral. Portanto, é apontado como responsável por perdas maiores que o absenteísmo, condição em que o trabalhador não comparece ao trabalho por doença ou outros motivos, e é investigado para evidenciar suas causas e, principalmente, suas repercussões na produtividade, por meio de diversas escalas⁽⁴⁻⁵⁾.

Considerado multifatorial, o presenteísmo não está relacionado somente à saúde, mas também ao engajamento evidenciado pelo grau de satisfação e motivação com o trabalho⁽⁵⁻⁶⁾. Varia conforme o sexo, 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 nestas áreas, o receio de sobrecarregar os colegas e prejudicar o trabalho, se faltar, estão entre os motivos mais prevalentes de presenteísmo^(4,6). O fenômeno é preocupante quando se trata de instituições hospitalares, pois o impacto na produtividade que resulta no cuidado ao paciente, pode colocá-lo em risco e comprometer sua segurança.

A segurança do paciente surge como um movimento mundial na saúde, um novo paradigma que coloca os pacientes no centro da atenção, frente às evidências de que estes sofrem danos decorrentes de falhas nos serviços de saúde⁽⁷⁻⁸⁾. A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou uma aliança internacional para tratar deste tema, conclamando os países a dedicar atenção, coordenar, disseminar e acelerar melhorias neste sentido, criando um cuidado de saúde mais seguro⁽⁷⁾.

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 (NSPs), com objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde⁽⁹⁻¹⁰⁾. 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⁽¹⁰⁾.

Um foco específico é a avaliação do clima de segurança, a parte mensurável desta cultura, pela percepção dos profissionais quanto às atitudes de segurança no seu local de trabalho. A avaliação do comportamento da gestão, do modo como as equipes agem, da comunicação, do tratamento das falhas e das percepções de segurança dos profissionais, aponta as melhorias necessárias para atingir níveis positivos na cultura de segurança⁽¹¹⁾. 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⁽¹²⁻¹³⁾. 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⁽¹³⁻¹⁵⁾. 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, e apontam a dificuldade de trabalhar a prevenção de incidentes sem envolver a visão sistêmica da organização e do desenvolvimento do trabalho⁽¹³⁾. O trabalhador também é vítima quando um evento atinge o paciente e, neste sentido, mudanças culturais são imprescindíveis, preservando a todos.

Foram encontrados apenas dois artigos croatas que avaliaram a associação de cultura de segurança e presenteísmo, um com enfermeiros de um hospital geral⁽¹⁶⁾ e outro com médicos e enfermeiros de dois hospitais⁽¹⁷⁾. Portanto, justifica-se o estudo da associação destes dois construtos entre profissionais de saúde no cenário nacional.

OBJETIVOS

Verificar associações entre presenteísmo e cultura 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 em 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 (TCLE).

Desenho, período e local de estudo

Estudo descritivo transversal, derivado de dissertação de mestrado⁽¹⁸⁾, realizado entre os meses de março e julho de 2018, em um hospital universitário do Rio Grande do Sul, Brasil. Este hospital é público, referência regional em saúde, atende média e alta complexidade e atua no ensino, pesquisa e extensão. As unidades investigadas foram: unidade de cirurgia e recuperação pós-anestésica, centro de material e esterilização; unidades de internação clínica, cirúrgica, oncológica, pediátrica, psicossocial, ginecológica e obstétrica; unidades de terapia intensiva pediátrica, neonatal, adulto e coronariana; pronto-socorro; serviços diagnósticos; ambulatórios e hemoterapia; farmácia e locais administrativos onde profissionais de saúde atuavam.

População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

O hospital tinha 1579 profissionais de saúde no período e o 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. A amostragem se deu por conveniência, com a inclusão de 758 (48%) participantes, conforme os seguintes critérios: ser profissional de saúde (assistente social, biomédico, biólogo, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem; técnico de laboratório, de radiologia e em farmácia; auxiliar de saúde), ter atuação mínima de quatro semanas no setor e carga horária mínima de 20 horas semanais, suficientes para que o trabalhador estivesse familiarizado com a cultura de segurança local e apto a avaliá-la⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Foram excluídos os afastados, por qualquer motivo, no período da coleta de dados.

Protocolo do estudo

O protocolo desta pesquisa compreendeu a aplicação de um questionário autopercebível que continha: variáveis sociodemográficas e laborais (idade, sexo, maior formação completa, cargo, setor de atuação, regime de trabalho), a versão brasileira da *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6)^(5,21) para avaliar o presenteísmo e o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) para avaliar a cultura de segurança⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Previamente à coleta de dados, foi conduzido um pré-teste entre os integrantes do grupo de pesquisa para avaliar a compreensão geral e o tempo de preenchimento do bloco de instrumentos. Na sequência, foi realizada a capacitação da equipe de coleta de dados, formada por cinco mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, cada um coordenando um grupo composto de um bolsista de iniciação científica e outro integrante do grupo de pesquisa. Todos receberam o Manual do Coletador, os documentos e autorizações do projeto, e materiais necessários à pesquisa. Houve demonstração de procedimentos, discussão e alinhamento de condutas.

A equipe compareceu a campo convidando os profissionais de saúde a participar da pesquisa; entregando o instrumento para preenchimento pelo participante, esclarecendo dúvidas, colhendo assinatura no TCLE e recolhendo o instrumento preenchido. Muitos profissionais não foram encontrados no período da coleta, ou se recusaram a participar da pesquisa. Alguns permaneceram com o instrumento e foi agendado o recolhimento com até três tentativas de recuperação em diferentes dias.

A SPS-6 foi preenchida por quem afirmava comparecimento ao trabalho nos últimos 30 dias com problema de saúde ou com sinais ou sintomas de adoecimento^(5,21). Aplica-se 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⁽²¹⁾. 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)⁽⁵⁾.

O SAQ foi escolhido para avaliar a cultura de segurança pelas suas propriedades psicométricas (alfa de Cronbach 0,7 a 0,8), histórico de aplicação em vários estudos internacionais⁽¹⁹⁻²⁰⁾, e capacidade de fornecer informação sobre o que influencia no clima

de segurança e o que precisa ser aprimorado na instituição⁽²⁰⁾. Contém 41 itens 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 item segue a escala Likert de cinco pontos, de discordo totalmente a concordo totalmente, incluindo uma opção 'não se aplica'; os itens 2, 11 e 36 são reversos⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

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, neste caso média e desvio padrão (DP) ou mediana e intervalo interquartil (IIQ), de acordo com a normalidade dos dados, verificada conforme teste de Kolmogorov-Smirnov. O IIQ foi calculado a partir da diferença entre o percentil 75 e o percentil 25.

Algumas variáveis como cargo e unidade de trabalho foram reagrupadas, a primeira conforme atuação profissional e a segunda, de acordo com semelhanças no processo de trabalho. As análises de 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⁽⁵⁾. 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^(5,21). 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; valor ≥ 75 indica percepção positiva para a cultura de segurança, avaliada pelo total de itens do SAQ e para cada dimensão, separadamente⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

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

RESULTADOS

Participaram 758 (48%) profissionais de saúde, cuja caracterização evidenciou: idade entre 20 e 70 anos, mediana 40 (IIQ= 15); predomínio do sexo feminino, 595 (78,5%), e pós-graduados, 439 (58%); o tempo de trabalho na instituição teve mediana de 54 meses (IIQ = 151). Outras variáveis laborais descritas na Tabela 1 mostram o perfil dos participantes do estudo.

O presenteísmo foi autodeclarado por 330 (43,5%) trabalhadores, com pontuação média 20,9 (DP 4,7) no escore global da SPS-6, variando de 7 a 30. A dimensão TF teve média 12,5 (DP 2,7). Na DE, a média foi 9,6 (DP 3,5). Os pontos variaram de 3 a 15 nas duas dimensões. A dicotomização da escala evidenciou que 104 (31,5%) indicaram produtividade comprometida, correspondendo a 13,7% do total de participantes (N=758) do estudo.

Tabela 1 – Descrição do perfil laboral dos profissionais de saúde, N=758, 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)
Contrato de trabalho[†]	
Consolidação das Leis do Trabalho	359 (47,4)
Regime Jurídico Único	347 (45,8)
Vínculo Acadêmico – Residência médica	48 (6,3)
Sector de trabalho	
UCRPA e CME [‡]	98 (12,9)
Clínicas Médicas	85 (11,2)
UTI Pediátrica e UTI Neonatal**	78 (10,3)
CTMO, CTCriaC, Radioterapia e Quimioterapia ^{††}	76 (10)
Ginecologia e Obstetria	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)

Nota: *assistente social, biomédico, biólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional; † dados perdidos; ‡ UCRPA - Unidade de Cirurgia e Recuperação Pós-Anestésica, CME - Centro de Material e Esterilização; **UTI - Unidade de Terapia Intensiva; †† CTMO - Centro de Transplante de Medula Óssea, CTCriaC - Centro de Tratamento da Criança com Câncer.

A avaliação da cultura de segurança obteve pontuação média de 65,7 (DP 13,3) no total de itens. As médias das dimensões do SAQ variaram de 49,9 a 83,4; medianas de 50 a 90 (Tabela 2).

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

As associações entre cultura de segurança positiva/negativa 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.

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

SAQ* e Dimensões	n [†] (%)	Média (DP) [‡]	Mediana (IIQ)**
SAQ total (41 itens)	509 (67,2)	65,7 (13,3)	67,1 (19,5)
Clima de trabalho em equipe	668 (88,1)	72,0 (16,9)	75,0 (20,8)
Clima de segurança	700 (92,3)	67,6 (17,5)	67,9 (25,0)
Satisfação no trabalho	741 (97,8)	83,4 (16,8)	90,0 (15,0)
Reconhecimento do estresse	652 (86,0)	71,8 (24,3)	75,0 (34,4)
Percepção da Gerência			
Unidade	690 (91,0)	60,6 (20,0)	62,5 (29,2)
Hospital	693 (91,4)	49,9 (21,7)	50,0 (30,0)
Condições de trabalho	703 (92,7)	60,7 (24,5)	66,7 (41,7)

Nota: *Questionário de Atitudes de Segurança; † após desconsiderar os itens marcados com opção "Não se Aplica"; ‡ Desvio Padrão; **Intervalo Interquartil.

Tabela 3 – Análise bivariada da cultura de segurança com o presenteísmo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2018

SAQ* e Dimensões	Presenteísmo		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)		
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)	207 (43,1)	686 (90,5)	0,625
≥75	113 (54,9)	93 (45,1)		
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: *Questionário de Atitudes de Segurança; † após desconsiderar os itens marcados com opção "Não se Aplica", conforme orientações de análise da escala; ‡ pontuação negativa para cultura de segurança; **pontuação positiva para cultura de segurança.

DISCUSSÃO

Na avaliação dos profissionais de saúde deste hospital universitário, foi identificada associação de presenteísmo com a cultura de segurança. A prevalência de presenteísmo foi 43,5% e a cultura de segurança geral obteve pontuação média de 65,7. A SPS-6 e o SAQ são utilizados internacionalmente para avaliação dos respectivos construtos^(5,19), no entanto, não foram encontrados estudos que aplicassem estes dois instrumentos juntos na avaliação desta associação.

A prevalência de presenteísmo foi alta, 330 (43,5%) profissionais compareceram ao trabalho com algum problema de saúde, no entanto a maioria avaliou que conseguiu cumprir metas de produtividade. A perda de produtividade foi uma realidade para 13,7%, apontando um risco à qualidade assistencial, que deve ser gerenciado. O impacto desta situação na proteção dos pacientes deve ser considerado para subsidiar as melhorias na qualidade e na cultura de segurança. O nosso achado é inferior ao encontrado no estudo de validação da SPS-6, no Brasil, que foi 56,2%, somente com pessoal de enfermagem⁽²¹⁾. Em outro estudo com médicos e dentistas neozelandeses, a prevalência de presenteísmo foi 88%⁽²²⁾.

Embora o presenteísmo seja recorrente nos serviços de saúde, trabalhar portando doenças infecciosas podem resultar em problemas sérios, dada a possibilidade de surtos no local de trabalho. Em um contexto de crise sanitária emergente, envolvendo doença de alta propagação e casos graves, como a atual pandemia de Covid-19, o presenteísmo ganha um enfoque especial dada a

urgência de medidas para coibi-lo. As recomendações da OMS e Ministério da Saúde orientam que os trabalhadores dos serviços de saúde que apresentem Síndrome Gripal ou Síndrome Respiratória Aguda Grave, ou que tenham contatos próximos domiciliares nestas condições, sejam afastados imediatamente do trabalho e cumpram critérios específicos de controle clínico ou laboratorial para retorno às atividades laborais. A prevenção e controle de infecções respiratórias demandam medidas educativas, não apenas para atenção aos principais sinais e sintomas, mas também para a adesão dos profissionais de saúde às precauções e recomendações.

Há grandes riscos, dificuldades e sobrecarga dos profissionais de saúde frente a uma pandemia e é fundamental apoiar medidas de cuidado à saúde destes trabalhadores. Múltiplos fatores foram identificados como influentes na decisão de seguir diretrizes para controlar as infecções respiratórias em serviços de saúde, dentre os quais, a própria diretriz e a forma como é comunicada. Ainda: o suporte dos gerentes, a cultura do local de trabalho, treinamento, espaço físico, acesso e confiança nos equipamentos de proteção individual, desejo de prestar um bom atendimento ao paciente, e a participação de todos os trabalhadores e setores da instituição interferem na efetividade das medidas preventivas⁽²³⁾. Atentar para estes fatores é uma medida importante para evitar a disseminação de doenças pelos profissionais de saúde, que deve estar bem descrita e comunicada em todos os serviços de saúde para a segurança de pacientes e trabalhadores.

A cultura de segurança obteve média abaixo de 75 pontos, convergindo com estudos nacionais⁽²⁴⁻²⁵⁾ e internacionais⁽¹⁹⁾. Estudos com o SAQ em diferentes regiões do Brasil trazem resultados similares. Em instituição hospitalar cearense com características semelhantes ao hospital deste estudo⁽²⁴⁾, as médias se aproximaram bastante no SAQ total (65 naquele e 65,7 neste). Um hospital de ensino de Minas Gerais também teve médias no SAQ total e dimensões abaixo de 70, exceto Satisfação no trabalho, e a Percepção da gerência obteve a média mais baixa⁽²⁶⁾. No Distrito Federal, profissionais de centro cirúrgico apontaram médias mais baixas ainda, com exceção do Reconhecimento do estresse, e nenhum domínio superior a 75⁽²⁵⁾. Em uma amostra de enfermagem de dois hospitais gaúchos, a cultura de segurança foi avaliada com médias mais altas e escore positivo para Clima de trabalho em equipe (76), Satisfação no trabalho (88) e Condições de trabalho (80)⁽²⁷⁾. A cultura de segurança tem muito a evoluir para dar maior proteção aos pacientes.

Destacam-se as baixas médias para a Percepção da gerência, corroboradas nos estudos citados anteriormente^(20,24,27). Este domínio avalia o apoio e a atuação da gestão, e a comunicação entre esta e equipe na cultura 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⁽²⁴⁾. Este domínio pode ser um apoio para alavancar a cultura de segurança, pois um trabalhador satisfeito pode dedicar-se à melhoria da atenção e cuidado ao paciente, em alinhamento com ações da gerência. Um alinhamento entre gerência e pessoal da ponta deve unir o desejo da alta gerência e o que a base espera da instituição e não ser uma sobreposição, mas um caminho conjunto para a cultura de segurança⁽¹²⁾.

Na análise das associações entre os dois construtos foi observado descritivamente, que a maioria dos presenteístas avaliou o

clima de segurança com médias inferiores a 75, com exceção das dimensões Satisfação no trabalho e Reconhecimento do estresse, indicando que os profissionais gostavam do seu trabalho e reconheciam 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 do que os não presenteístas.

A baixa percepção da cultura de segurança em relação às gerências é uma evidência observada nas pesquisas com o SAQ, não apenas local, mas nacional e internacionalmente^(19,24). Assim também se observou com a aplicação de outro instrumento para avaliação desta cultura, o *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC), em estudo comparativo entre enfermeiros brasileiros e portugueses, onde o "Suporte da gestão para a segurança do paciente" foi a dimensão que obteve maior diferença significativa, e a mais preocupante na percepção dos profissionais⁽²⁸⁾.

Aparentemente, a gerência deste hospital universitário não atuava ativamente na disseminação da cultura de segurança ou, se o fazia, o trabalhador não estava percebendo, indicando um desencontro neste caminho. Outra possível explicação para este resultado é que a cultura de segurança é um tema em construção e evolução nas instituições, e a gerência dos hospitais ainda é fortemente influenciada pelo modelo biomédico de atenção à saúde, centrado 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, e influencia negativamente na avaliação da cultura de segurança.

Por outro lado, os profissionais da instituição estavam satisfeitos com o seu trabalho, contribuindo para um clima mais seguro. A dimensão Satisfação no trabalho, única que obteve média positiva (83,4) para cultura de segurança, representa a visão favorável do local de trabalho: avalia o gosto e o orgulho pelo trabalho, o sentimento de integração e o estado de espírito da equipe da área/setor de atuação. Considera-se a associação desta satisfação com a estabilidade do vínculo empregatício um fator de tranquilidade e qualidade de vida no trabalho⁽²⁹⁾. Assim como a importância e prestígio do hospital, referência em alta complexidade e 100% SUS, fundamental para o direito à saúde de mais de um milhão de pessoas na região de abrangência.

O domínio Clima de trabalho em equipe aparece com média 72, mais próxima da positiva, e creditado ao incremento de pessoal ocorrido nos últimos cinco anos 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⁽²⁹⁾.

Estudo que avaliou o presenteísmo e a 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'⁽¹⁶⁾. 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⁽¹⁷⁾. A cultura de segurança do paciente foi alta, com exceção das dimensões da resposta pessoal e não punitiva ao erro em ambos os hospitais⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, e o suporte de gerenciamento hospitalar para a segurança do paciente em um dos hospitais⁽¹⁷⁾. Os dois estudos evidenciaram que a cultura da punição ainda sobressai nas instituições. Este aspecto tem relação direta com as condutas da gerência na gestão de risco e avaliação de incidentes de segurança, pois dá a tônica da cultura organizacional na qual a cultura de segurança está inserida.

Um grande estudo envolvendo 31 hospitais dos EUA apontou 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. Além disso, 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*⁽³⁰⁾. Tais resultados 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 planejamento e desenvolvimento de ambientes mais propícios para a assistência de qualidade ao paciente. Embora aquém das expectativas, considerando as múltiplas ações do NSP no investimento de segurança do paciente neste hospital, o clima de segurança apresentou um pequeno aumento na média em quatro anos, 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 pesquisas que avaliaram a interface saúde do trabalhador e segurança do paciente^(13-15,30) corroboram a importância deste e de outros estudos. É recomendável aprofundar a investigação, principalmente no nível das unidades/setores, entre as equipes de unidades específicas, para entender melhor a variabilidade destes resultados no interior da organização, já que pode haver grande variação no clima de segurança entre dois setores dentro do mesmo hospital⁽¹⁹⁾. O que faz uma área ou equipe ter um

clima de segurança melhor que outra? É possível importar as melhores práticas e estimular este melhor clima na instituição como um todo.

Limitações do estudo

A baixa participação por categoria multiprofissional, com exceção da enfermagem, foi uma limitação do estudo. Houve dificuldades no acesso e adesão dos profissionais médicos, principalmente das unidades abertas. A baixa adesão médica foi percebida em avaliação da cultura de segurança em outros hospitais⁽²⁴⁾.

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 em um hospital, os profissionais de uma equipe ajudam uns aos outros na execução das atividades assistenciais.

Contribuições para a área da Saúde

Este estudo permitiu aprofundar a compreensão da associação destes dois construtos, isto é, presenteísmo e cultura de segurança. 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 a instituição em relação à segurança dos pacientes. É um diagnóstico que contribui para a gestão de pessoas e de riscos, oportunizando planejar melhorias para a qualidade de vida no trabalho e qualidade assistencial, visando a segurança de todos.

CONCLUSÕES

O estudo encontrou associações significativas entre presenteísmo e cultura de segurança geral, e 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 a cultura 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.

A cultura de segurança institucional estava aquém do ideal. Apesar de satisfeitos com o trabalho, setor e equipe de atuação, os profissionais sinalizaram que deveria haver maior contato e comunicação com a gerência, melhorias nas condições de trabalho e na cultura de segurança geral.

REFERÊNCIAS

1. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv Soc Soc*. 2015;123:407-27. doi: 10.1590/0101-6628.030
2. Dejours C, Barros J, Lancman S. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. *Rev Ter Ocup*. 2016;27(2):228-35. doi:10.11606/issn.2238-6149.v27i2p228-235
3. Rosado IVM, Russo GHA, Maia EMC. Produzir saúde suscita adoecimento? as contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(10):3021-32. doi: 10.1590/1413-812320152010.13202014

4. Johns G. Presenteeism in the workplace: a review and research agenda. *J Organiz Behav.* 2010;31:519–42. doi: 10.1002/job.630
5. 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.* 2002;44(1):14-20. doi: 10.1097/00043764-200201000-00004
6. 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 [Internet].* 2016[cited 2018 Nov 07];21(3):261-83. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/146488667.pdf>
7. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2014 [cited 2016 Aug 27]. 40 p. Available from: http://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
8. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB, Abreu ACC, Leão ML. II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil - Propondo as Prioridades Nacionais [Internet]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina UFMG; 2018 [cited 2019 Jun 8]. 98 p. Available from: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 abril. 2013 [cited 2019 Mar 22]. Available from: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infecoos/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013 [cited 2019 Mar 22]. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
11. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weets WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care.* 2005;14:364-366. doi: 10.1136/qshc.2005.014217
12. 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.* 2018;43:e9. doi: 10.1590/2317-6369000021118
13. 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* [Internet]. Rio de Janeiro: EAD/ENSP. 2014 [cited 2108 Oct 10];p. 115-138. Available from: <http://books.scielo.org/id/vtq2b/pdf/sousa-9788575415948.pdf>
14. 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.* 2012;344:e1717. doi: 10.1136/bmj.e1717
15. Vieira MLC, Oliveira EB, Oliveira NVD, Lisboa MTL, Progianti JM, Costa CCP. Nursing presenteeism: repercussions on workers' health and patient safety. *Rev Enferm UERJ.* 2018;26:e31107. doi: 10.12957/reuerj.2018.31107
16. Brborović H, Brborović O, Brumen V, Pavleković G, Mustajbegović J. Are nurse presenteeism and patient safety culture associated: a cross-sectional study. *Arh Hig Rada Toksikol.* 2014;65(2):149-56. doi: 10.2478/10004-1254-65-2014-2462
17. Brborović H, Brborović O. Patient safety culture shapes presenteeism and absenteeism: a cross-sectional study among Croatian healthcare workers. *Arh Hig Rada Toksikol.* 2017;68(3):185-9. doi: 10.1515/aiht-2017-68-2957
18. Zanon REB. *Presenteísmo e Cultura de Segurança no ambiente hospitalar* [Dissertação]. Santa Maria: Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria; 2019.
19. 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 Serv Res.* 2006;6:44. doi: 10.1186/1472-6963-6-44
20. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012;20(3):575-82. doi: 10.1590/S0104-11692012000300020
21. Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MTL, Bandeira de Mello DC. Transcultural adaptation and validation of the Stanford Presenteeism Scale for the evaluation of presenteeism for Brazilian Portuguese. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(1):388-395. doi:10.1590/S0104-11692013000100014
22. Chambers C, Frampton C, Barclay M. Presenteeism in the New Zealand senior medical workforce: a mixed methods analysis. *N Z Med J [Internet].* 2017 [cited 2018 Nov 12];130(449):10-22. Available from: http://www.nzma.org.nz/__data/assets/pdf_file/0005/53069/Chambers-FINAL.pdf
23. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2020;4(4):doi: 10.1002/14651858.cd013582
24. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2017;25:e2849. doi: 10.1590/1518-8345.1600.2849
25. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015;23(6):1041-8. doi: 10.1590/0104-1169.0669.2647
26. Luiz RB, Simões ALA, Barichello E, Barbosa MH. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015;23(5):880-7. doi: 10.1590/0104-1169.0059.2627

27. 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.* 2016;37(4):e58662. doi: 10.1590/1983-1447.2016.04.58662
 28. Fassarella CS, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Figueiredo MCB. Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03379. doi: 10.1590/s1980-220x2017033803379
 29. 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. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(10):3043-50. doi: 10.1590/1413-812320152010.11592014
 30. Sexton JB, Adair KC, Leonard MW, Frankel TC, Proulx J, Watson SR, et al. Providing feedback following Leadership Walk Rounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout. *BMJ Qual Saf.* 2018;27:261-70. doi: 10.1136/bmjqs-2016-006399
-