

Presenteísmo em trabalhadores da equipe multiprofissional de Unidade de Terapia Intensiva Adulta

Presenteeism in multiprofessional team workers in the Adult Intensive Care Unit

Presentismo en trabajadores del equipo multiprofesional de Unidad de Terapia Intensiva Adulta

Andressa Fernanda Silva¹

ORCID: 0000-0002-8250-2156

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi¹

ORCID: 0000-0003-2364-5787

Rita de Cássia de Marchi Barcellos Dalri¹

ORCID: 0000-0002-6575-5426

Cristiane Aparecida Silveira-Monteiro^{II}

ORCID: 0000-0002-8427-7220

Aida Maria Oliveira Cruz Mendes^{III}

ORCID: 0000-0002-1992-9632

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^{II} Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Poços de Caldas-MG, Brasil.

^{III} Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal.

Como citar este artigo:

Silva AF, Robazzi MLCC, Dalri RCMB, Silveira-Monteiro CA, Mendes AMOC. Presenteeism in multiprofessional team workers in the Adult Intensive Care Unit. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 1):96-104. [Thematic Issue: Work and Management in Nursing]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0779>

Autor Correspondente:

Andressa Fernanda Silva
E-mail: andressa.fernanda18@hotmail.com

Submissão: 21-11-2017

Aprovação: 09-03-2018

RESUMO

Objetivo: Analisar a ocorrência do presenteísmo em trabalhadores da equipe multiprofissional de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta e relacionar com as características sociodemográficas e laborais. **Método:** Estudo analítico, transversal e quantitativo, que utilizou para a coleta de dados um questionário para a obtenção dos dados sociodemográficos e a *Stanford Presenteeism Scale* SPS-6 para avaliar o presenteísmo. **Resultados:** Predominaram mulheres (75,9%), trabalhadoras de enfermagem (66,7%), com média de idade de 39,81 anos e com 6 a 10 anos (31,6%) de trabalho. Quanto ao presenteísmo, 48,7% apresentaram comprometimento no trabalho e 31,8% tiveram a realização e finalização das tarefas alteradas por este fenômeno. **Conclusão:** Foram identificados números expressivos de presenteísmo geral, com resultados que indicam comprometimento na finalização do trabalho. Relacionando o presenteísmo com as características sociodemográficas e laborais, as variáveis sexo, ter filhos dependentes e ter-se afastado do trabalho apresentaram valores com significância estatística entre os trabalhadores estudados. **Descritores:** Saúde do Trabalhador; Condições de Trabalho; Pessoal de Saúde; Presenteeísmo; Profissionais de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the occurrence of presenteeism in multiprofessional team workers of an Adult Intensive Care Unit, relating it to sociodemographic and labor characteristics. **Method:** It is an analytical cross-sectional qualitative study, which used a questionnaire for sociodemographic data collection, and Stanford Presenteeism Scale (SPS-6) to assess presenteeism. **Results:** There was predominance of women (75.9%), nursing workers (66.7%), mean age of 39.81 years, and 6 to 10 years (31.6%) of experience in the labor market. Regarding presenteeism, 48.7% presented work impairment and 31.8% presented performance and completion of tasks altered by this phenomenon. **Conclusion:** Expressive numbers of general presenteeism were identified, with results indicating impairment in completing work. When connecting presenteeism to sociodemographic and labor characteristics, the variables sex, dependent children and absence from work presented values with statistical significance among the studied workers. **Descriptors:** Occupational Health; Working Conditions; Health Personnel; Presenteeism; Nurse Practitioners.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la ocurrencia del presentismo en trabajadores del equipo multiprofesional de una Unidad de Terapia Intensiva Adulta y relacionar con las características sociodemográficas y laborales. **Método:** Estudio analítico, transversal y cuantitativo, que utilizó para la recolección de datos un cuestionario para la obtención de los datos sociodemográficos y la *Stanford Presenteeism Scale* SPS-6 para evaluar el presentismo. **Resultados:** La mayoría fue de mujeres (75,9%), trabajadoras de enfermería (66,7%), con una media de edad de 39,81 años y con 6 a 10 años (31,6%) de trabajo. Acerca del presentismo, el 48,7% presentó compromiso en el trabajo, y el 31,8% tuvo la realización y finalización de las tareas alteradas por este fenómeno. **Conclusión:** Se identificaron números expresivos de presentismo general, con resultados que indican compromiso en la finalización del trabajo. Al relacionar el presentismo con las características sociodemográficas y laborales, las variables género, tener hijos dependientes y haber se alejado del trabajo presentar valores con significación estadística entre los trabajadores estudiados. **Descriptorios:** Salud Laboral; Condiciones de Trabajo; Personal de Salud; Presentismo; Enfermeras Practicantes.

INTRODUÇÃO

O trabalho na área da saúde é fundamental para a manutenção da vida humana⁽¹⁾; consiste em cuidar de pessoas, o que se trata de atividade complexa⁽²⁾. Em consequência, os trabalhadores sofrem desgastes devido às cargas organizacionais, físicas e psíquicas, independente da classe profissional. Eventos advindos da organização laboral, estratégias de gestão, desrespeito de autonomia e abuso de poder podem ser precursores desses desgastes⁽³⁾. Além disso, eles vivenciam, em seu cotidiano, situações em que precisam lidar com a dor, o sofrimento e o mal estar orgânico, emocional e social⁽⁴⁾.

Nos estabelecimentos de assistência à saúde, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são áreas críticas e especializadas direcionadas aos pacientes considerados graves que necessitam de assistência profissional capacitada. Nestes locais devem existir recursos humanos, tecnologias necessárias e materiais adequados para realizar o monitoramento e terapia aos pacientes críticos e oferecer-lhes assistência especializada e segura⁽⁵⁾. Para atuarem nas UTI, os trabalhadores necessitam apresentar elevado grau de especialização⁽⁶⁾, em um ambiente de trabalho complexo que inclui, inclusive, conflitos comportamentais, como má comunicação entre a equipe ou situações de abusos verbais⁽⁷⁾.

Nesses locais necessita-se de cooperação coletiva; a gravidade dos pacientes impõe a necessidade de lidar-se com equipamentos sofisticados, realizar avaliações clínicas constantes e procedimentos complexos, com decisões imediatas. O trabalho não consegue ser realizado por uma categoria profissional da saúde, apenas; necessita de outros integrantes como técnicos administrativos, trabalhadores da limpeza, entre outros⁽⁸⁾, apesar de haver sempre o predomínio da equipe de enfermagem.

Acresce-se que a intensificação do mundo do trabalho passou a ser fonte de esgotamento laboral físico e mental, o que pode resultar em estresse⁽⁹⁾, pois muitas vezes a pessoa comparece ao trabalho sem estar em condições de realizá-lo⁽¹⁰⁾. É essa a situação que acontece no presenteísmo, condição em que o trabalhador comparece, mas não desenvolve suas atividades laborais de maneira produtiva, apresentando baixo rendimento. A queda na produtividade pode estar relacionada aos eventuais problemas físicos e mentais que ele exterioriza⁽¹¹⁾, pois está presente, apesar de seu estado de saúde ser deficitário, mas este não justificar sua ausência ao trabalho⁽¹²⁾. Em algumas situações, essa pessoa não consegue realizar de forma satisfatória o que se espera dela. Dedicção, medo de sobrecarregar os colegas da equipe, ausência de pagamento por licenças ou faltas e dificuldades para que outro profissional substitua-o são fatores que justificam a prática de comparecer adoecido ao trabalho⁽¹³⁾.

Percebe-se, então, que o presenteísmo é um fenômeno complexo e relaciona-se ao absenteísmo, de tal sorte que trabalhar mesmo doente - característica do presenteísmo - torna-se um fator de risco para a ocorrência de absenteísmo⁽¹²⁾.

As poucas investigações identificadas sobre este fenômeno entre a equipe multiprofissional de UTI, motivaram a realização deste estudo.

OBJETIVO

Analisar a ocorrência do presenteísmo em trabalhadores da equipe multiprofissional de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta e relacionar com as características sociodemográficas elaborais.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo obteve aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; os participantes foram incluídos após aceitarem participar e realizarem a leitura e a assinatura do TCLE.

Desenho, local do estudo e período

Estudo transversal, correlacional, analítico e quantitativo, desenvolvido em uma UTI Adulta (UTIA) de um hospital de grande porte brasileiro, instituição cujos contratos acontecem por concurso público ou pela sua fundação de apoio.

A coleta de dados ocorreu no próprio espaço da UTIA, entre novembro e dezembro de 2016, pela primeira autora deste estudo, incluindo-se os finais de semana e feriados, depois de obtidas as autorizações institucionais e realizados os procedimentos éticos necessários.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Tornaram-se participantes membros da equipe multiprofissional da UTIA. O total de trabalhadores na ocasião da coleta de dados era 62 e entre eles existiam 24 técnicos de enfermagem, 10 enfermeiros, 8 médicos, 7 auxiliares de enfermagem, 4 trabalhadores de higienização, 4 fisioterapeutas, 2 auxiliares administrativos, 1 psicóloga, 1 nutricionista e 1 técnico de suporte técnico, ou seja, desses trabalhadores, a maioria (62,12%) era da equipe de enfermagem.

Foram utilizados os seguintes critérios para a inclusão dos participantes: membros da equipe multidisciplinar atuantes na UTIA do hospital, de ambos os sexos, sem distinção de turnos, de profissão/função exercida e de contratos de trabalho, com tempo de formação/atuação na instituição e atuação na UTIA superior a um ano, pela necessidade do indivíduo ter experiência laboral⁽¹⁴⁾. Obedecidos tais critérios, tornaram-se participantes 54 pessoas (87,09% do total).

Protocolo do estudo

Para a coleta das informações dos trabalhadores, utilizou-se um instrumento para a obtenção das variáveis sociodemográficas e ocupacionais contendo questões sobre: idade, sexo, tipo de união, filhos dependentes, profissão/função desempenhada na UTIA, horário de trabalho, realização de horas extras no último mês anterior à coleta, desempenho de alguma outra atividade profissional e afastamentos do trabalho.

Para a avaliação do presenteísmo aplicou-se a *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6), instrumento validado no Brasil, que visa avaliar as perdas de produtividade no trabalho por meio de duas dimensões distintas. A primeira - Trabalho Finalizado - relaciona-se às causas físicas de presenteísmo, que correspondem a quantidade de trabalho realizado sob efeito das causas deste evento. A segunda dimensão - Concentração Mantida - refere-se à quantidade de concentração mobilizada para produzir, quando

existe um efeito de presenteísmo. Cada um destes fatores é analisado por três itens, totalizando seis questões, numa escala com cinco opções de respostas. A pontuação da SPS-6 na dimensão 2 utiliza escore reverso, ou seja, deve considerar o valor oposto para a pontuação geral do presenteísmo. Já para a avaliação individual de cada uma das duas dimensões deve-se utilizar a soma dos valores de forma tradicional, sem usar o escore reverso⁽¹⁵⁾.

Os instrumentos da coleta eram entregues em envelopes fechados e não identificados aos profissionais que tinham interesse, consentiram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Eram preenchidos durante os plantões, mas de forma a não atrapalhar o funcionamento da Unidade. Ao final, a referida autora, que permanecia no local, recolhia-os, tendo o cuidado de constatar que não havia acontecido comunicação entre os trabalhadores sobre as questões dos instrumentos.

Análise dos resultados e estatística

Utilizou-se a análise descritiva para a caracterização sociodemográfica e ocupacional; para avaliar as variáveis contínuas calculou-se média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo; para as variáveis categóricas calculou-se frequência e percentual. Para relacionar o presenteísmo com as características sociodemográficas e laborais foram realizados testes para as diferenças de médias estatísticas das variáveis categóricas (idade, sexo, união estável, filhos dependentes, outra atividade profissional, horário de trabalho, horas extras e afastamentos do trabalho) e realizadas as análises de regressão. Foram utilizados os Testes de Mann-Whitney e o de Kruskal-Wallis de amostras independentes (utilizado para análises estatísticas em que os dados não apresentam distribuição normal) e considerados os valores de significância $\alpha=0,05$.

RESULTADOS

Dos 54 participantes, a maioria (42,6%) tinha entre 30 e 39 anos, média de idade de 39,8 anos, mediana 39,0 anos, mínima 25,0 anos e máxima de 62 anos, com desvio padrão (DP) de 9,0. Essas pessoas eram do sexo feminino (75,9%), viviam em união estável (56,0%) e informaram ter filhos dependentes (53,7%).

Quanto às características ocupacionais, 23 (42,6%) eram Técnicos de enfermagem, 10 (18,5%) Enfermeiros, 6 (11,1%) Médicos, 4 (7,3%) Fisioterapeutas, 3 (5,6%) Auxiliares de enfermagem, 3 (5,6%) Colaboradores da Higienização e 2 (3,7%) Auxiliares Administrativos. Psicólogo, Responsável pelo Suporte Técnico e Nutricionista eram apenas 1 (1,9%) em cada categoria; evidenciou-se que 66,7% eram trabalhadores de Enfermagem.

O horário de trabalho com maior número de participantes (18 - 33,15%) foi o diurno de 6 horas com dobra de plantão de 12 horas. Relataram desenvolver outra atividade profissional, além daquela no hospital, 20 respondentes (37,0%) e entre estes, 18 (90%) trabalhavam no segmento de saúde. A realização de horas-extras nos últimos seis meses foi confirmada por 30 pessoas (55,6%), com a média de 38,23 horas-mês, mediana 36,0, mínima 6,0, máxima 84, apresentando DP de 17,12. Em relação aos afastamentos ao trabalho 29 (53,7%) não os tiveram, desde o início de sua atuação profissional na UTIA.

Analisando os resultados obtidos com a utilização da SPS-6, foram encontrados os seguintes valores do presenteísmo total: mediana 16,5, média 14,8, DP de 6,8, com um intervalo de estudo de 6 a 27 pontos. Os valores encontrados na mediana e média do escore total foram menores que 18; esclarece-se que valores de 6 a 18 indicam menor capacidade de concentração e redução de desempenho no trabalho e valores elevados, próximos a 30, no escore total, indicam maior capacidade de concentração e melhor desempenho no trabalho, apesar do indivíduo apresentar algum problema de saúde⁽¹⁵⁾.

A análise da dimensão 1 (Trabalho Finalizado) encontra-se a seguir (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequência de Presenteísmo na dimensão 1-Trabalho Finalizado - entre os trabalhadores da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 2016 (N=54)

Escore da SPS-6*	f	%
3	17	31,8
4	0	0
5	0	0
6	1	1,9
7	0	0
8	1	1,9
9	4	7,3
10	2	3,5
11	9	17,0
12	4	7,3
13	5	9,0
14	4	7,3
15	7	13,0
Total	54	100,0

Nota: *Stanford Presenteeism Scale.

A Tabela 2 mostra a análise da dimensão 2 (Concentração Mantida).

Tabela 2 - Frequência de Presenteísmo na dimensão 2 - Concentração Mantida - entre os trabalhadores da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 2016 (N=54)

Escore da SPS-6*	f	%
3	26	48,7
4	2	3,5
5	2	3,5
6	5	9,0
7	1	1,9
8	5	9,5
9	3	5,5
10	6	11,0
11	3	5,5
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	1	1,9
Total	54	100

Nota: *Stanford Presenteeism Scale.

Tabela 3 - Distribuição dos valores obtidos segundo o escore total do presenteísmo e as variáveis sociodemográficas e laborais dos trabalhadores da equipe multiprofissional atuantes na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 2016

Variáveis Categóricas	n	Presenteísmo Intervalo obtido	Mediana	Média	(DP)	Valor de p
Idade (anos)						0,812*
25-39	27	6-27	14,00	14,85	6,585	
40-62	27	0-26	17,00	14,85	7,252	
Sexo						0,021 *
Masculino	13	6-27	19,00	18,69	5,360	
Feminino	41	0-26	14,00	13,63	6,888	
União Estável						0,804*
Não	24	6-26	16,50	15,08	7,003	
Sim	30	6-27	15,50	14,67	6,860	
Filhos Dependentes						0,130*
Não	25	6-26	14,00	13,20	7,489	
Sim	29	6-27	17,00	16,28	6,041	
Realiza outra atividade profissional						0,856*
Não	34	6-26	15,00	14,65	6,897	
Sim	20	6-27	17,00	15,20	6,963	
Horário de Trabalho						0,350 **
Diurno fixo em escala de 8 horas	11	6-23	14,00	12,27	6,084	
Noturno fixo em escala de 12 por 36 horas	14	6-26	20,00	17,21	6,963	
Diurno móvel de 6 h. com dobra de 12 horas	18	6-24	16,50	14,83	6,724	
Alternância de turnos	11	6-27	17,00	14,45	7,568	
Horas extras						0,458 *
Não	24	6-27	14,00	14,08	7,009	
Sim	30	6-26	17,00	15,47	6,796	
Afastamento do trabalho						0,040 *
Não	29	6-23	14,00	13,10	6,608	
Sim	25	6-27	17,00	16,88	6,710	

Nota: *Teste de Mann-Whitney de amostras independentes**Teste de Kruskal-Wallis de amostras independentes.

A seguir (Tabela 3) são mostrados os valores encontrados no presenteísmo total e a sua relação com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais/laborais.

O teste de *Mann-Whitney* foi utilizado na análise das variáveis: idade, sexo, união estável, filhos dependentes, outra atividade profissional, realização de horas extras e afastamento do trabalho; na análise do horário de trabalho, foi utilizado o Teste de *Kruskal-Wallis*.

Analisando o sexo foi possível constatar que os homens (13) apresentaram média 18,69, mediana 19,00, DP 5,360 e com intervalo de 6-27; as mulheres (41) apresentaram média 13,63 mediana 14,00, DP 6,888, com intervalo 0-26. O valor de p encontrado na análise desta variável foi de 0,021, demonstrando significância estatística.

A variável afastamento do trabalho demonstrou significância estatística ($p=0,040$). A média entre os que se afastaram do trabalho (25) foi de 16,88, mediana 17,00, DP 6,710 com intervalo de 6-27. A média entre os que não se afastaram (29) foi de 13,10, mediana 14,00, DP 6,608 e intervalo obtido de 6-23.

A seguir (Tabela 4) estão apresentados os valores da dimensão 1 e sua relação com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos participantes.

Para realizar as análises das variáveis: idade, sexo, união estável, filhos dependentes, outra atividade profissional, horas extras e afastamento ao trabalho, o teste eleito foi de *Mann-Whitney* e, na análise do turno de trabalho, foi utilizado o de *Kruskal-Wallis*, ambos de amostras independentes.

Os que afirmaram ter filhos dependentes apresentaram valores superiores quando comparados aos que não os tinham. Os valores para os primeiros (29) foram: média 10,66, mediana 11,00, DP 4,64 e intervalo obtido de 3-15; entre os que não tinham filhos (25), a média foi de 7,40, a mediana 9,00, o DP 4,46 e o intervalo obtido de 3-14. Esta variável apresentou significância estatística, com $p=0,008$.

Entre os que relataram já ter se afastado do trabalho foi possível constatar valores superiores em relação aos que não se afastaram. Entre os primeiros (25) os valores foram: média 10,52, mediana 12,00, DP 4,41 com intervalo obtido de 3-15; nos que negaram ter tido afastamentos (29 trabalhadores) foram encontrados média 7,97, mediana 9,00, DP 4,51. O intervalo entre este grupo foi de 3-15 e esta variável apresentou $p=0,026$, indicando significância estatística.

A Tabela 5 mostra os resultados obtidos referentes à segunda dimensão do SPS-6 (Concentração Mantida).

Tabela 4 - Distribuição dos valores obtidos segundo os escores da dimensão 1 (Trabalho Finalizado) do presenteísmo da *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6) e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores da equipe multiprofissional atuantes da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 2016 (N=54)

Variáveis Categóricas	Stanford Presenteeism Scale SPS-6 dimensão 1					Valor de p
	n	Presenteísmo Intervalo obtido	Mediana	Média	(DP)	
Idade (anos)						0,902*
25-39	27	3-15	11,00	9,22	4,432	
40-62	27	3-15	11,00	9,07	4,867	
Sexo						0,066*
Masculino	13	3-15	12,00	11,38	3,124	
Feminino	41	3-15	10,00	8,44	4,806	
União Estável						0,838*
Não	24	3-15	10,50	9,04	4,667	
Sim	30	3-15	11,00	9,23	4,644	
Filhos Dependentes						0,008*
Não	25	3-14	9,00	7,40	4,463	
Sim	29	3-15	11,00	10,66	4,253	
Realiza outra atividade profissional						0,913*
Não	34	3-15	10,50	9,06	4,735	
Sim	20	3-15	11,00	9,30	4,508	
Horário de Trabalho						0,314**
Diurno fixo em escala de 8 horas	11	3-13	11,00	8,09	4,437	
Noturno fixo em escala de 12 por 36 horas	14	3-15	11,50	10,79	4,560	
Diurno móvel de 6h, com dobra de 12 horas	18	3-15	10,50	9,17	4,842	
Alternância de turnos	11	3-14	9,00	8,09	4,460	
Realiza horas extras						0,703*
Não	24	3-15	11,00	8,83	4,706	
Sim	30	3-15	11,00	9,40	4,598	
Afastamento do trabalho						0,026*
Não	29	3-15	9,00	7,97	4,516	
Sim	25	3-15	12,00	10,52	4,417	

Nota: *Teste de Mann-Whitney de amostras independentes**Teste de Kruskal-Wallis de amostras independentes.

Tabela 5 - Distribuição dos valores obtidos segundo os escores da dimensão 2 (Concentração Mantida) do presenteísmo da *Stanford Presenteeism Scale* SPS-6 e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 2016 (N=54)

Variáveis Categóricas	Stanford Presenteeism Scale SPS-6 dimensão 2					Valor de p
	n	Presenteísmo Intervalo obtido	Mediana	Média	(DP)	
Idade (anos)						0,811*
25-39	27	3-15	4,00	5,63	3,330	
40-62	27	3-11	4,00	5,78	3,105	
Sexo						0,043*
Masculino	13	3-15	8,00	7,31	3,614	
Feminino	41	3-11	3,00	5,20	2,909	
União Estável						0,283*
Não	24	3-11	5,50	6,04	3,043	
Sim	30	3-15	3,00	5,43	3,329	
Filhos Dependentes						0,927*
Não	25	3-15	3,00	5,80	3,559	
Sim	29	3-11	4,00	5,62	2,896	
Realiza outra atividade profissional						0,827*
Não	34	3-11	4,00	5,59	3,046	
Sim	20	3-15	4,00	5,90	3,493	

Continua

Continuação da Tabela 5

Variáveis Categóricas	Stanford Presenteeism Scale SPS-6 dimensão 2					Valor de p
	n	Presenteísmo Intervalo obtido	Mediana	Média	(DP)	
Horário de Trabalho						0,282**
Diurno fixo em escala de 8 horas	11	3-10	3,00	4,18	2,272	
Noturno fixo em escala de 12 por 36 horas	14	3-11	6,50	6,43	3,251	
Diurno móvel de 6h., com dobra de 12 horas	18	3-11	5,50	5,67	2,808	
Alternância de turnos	11	3-15	3,00	6,36	4,225	
Realiza horas extras						0,233*
Não	24	3-15	3,00	5,25	3,442	
Sim	30	3-11	6,00	6,07	2,982	
Afastamento do trabalho						0,138*
Não	29	3-11	3,00	5,14	2,887	
Sim	25	3-15	6,00	6,36	3,451	

Nota: *Teste de Mann-Whitney de amostras independentes**Teste de Kruskal-Wallis de amostras independentes.

Para analisar as variáveis: idade, sexo, união estável, filhos dependentes, outra atividade profissional, realização de horas extras e afastamento do trabalho, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney e para o horário de trabalho usou-se o de Kruskal-Wallis, ambos de amostras independentes.

As análises feitas para identificar diferenças nos valores da dimensão 2 da SPS-6 e o sexo dos trabalhadores mostraram que os homens (13) tiveram média 7,31, mediana 8,00, DP 3,614 e intervalo de 3-15. Já entre as mulheres (41) a média foi de 5,20, mediana 3,00, DP 2,909 e intervalo de 3-11. Os homens, portanto, apresentaram valores mais elevados do que as mulheres; a variável sexo e a dimensão 2 da SPS-6 demonstraram ter significância estatística, com o valor de $p=0,043$.

DISCUSSÃO

Trabalhadores que exercem suas atividades especialmente em hospitais, convivem com cenários complexos e estressantes⁽¹⁶⁾. UTI são locais de assistência aos pacientes em estados críticos com variações de prognósticos; quem trabalha nestes locais vivencia situações de vida e morte dos pacientes, o que lhes pode resultar em vulnerabilidade emocional, ansiedade, sentimento de culpa e de impotência⁽¹⁷⁾.

No presente estudo, 85,2% dos entrevistados tinham menos de 49 anos, indicando uma população de adultos ainda relativamente jovens. Estudo coreano demonstrou a relação entre idade e a prevalência de patologias nas articulações de trabalhadores; indivíduos com idades mais avançadas são mais propensos a desenvolver esse tipo de patologias⁽¹⁸⁾ o que, possivelmente, acaba prejudicando o seu trabalho.

Grande parte dos trabalhadores eram mulheres e da equipe de enfermagem (66,7%). Nos serviços de saúde a presença da mão de obra feminina é expressiva⁽¹⁹⁻²⁰⁾; em UTI a presença da Enfermagem é fundamental, pois é um local em que os pacientes encontram-se em iminente risco de morte, são altamente dependentes e demandam cuidados complexos⁽²¹⁾.

Afirmaram viver em união estável 56,0% dos trabalhadores; essas uniões são aquelas em que as pessoas vivem em uma relação consensual, de convivência duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição familiar, sem que haja a necessidade de

uma certidão de casamento no cartório⁽²²⁾. A presença de filhos dependentes foi confirmada por 53,7% dos pesquisados. Caso o indivíduo tenha filhos, além de sua jornada laboral no trabalho, possivelmente ainda desenvolve atividades do lar e cuidados com a prole, o que lhe resulta em dupla/tripla jornada de trabalho, especialmente para as mulheres⁽²³⁾.

Os profissionais que atuavam na UTIA enfrentavam diferentes jornadas de trabalho, decorrentes dos tipos de vínculos contratuais que tinham. A quantidade de horas de trabalho é um elemento essencial para a vida do trabalhador; as jornadas devem ser estabelecidas em normas ou legislações que priorizem a segurança e saúde dos trabalhadores, assegurando que eles não sejam expostos aos horários excessivos, gozem de períodos de descanso e usufruam períodos de férias⁽²⁴⁾. Um quantitativo elevado de horas de trabalho pode levar ao desgaste físico e mental, capaz de resultar-lhes em alterações psicológicas e físicas⁽²⁵⁾.

No presente estudo, no mês anterior à coleta de dados, 55,6% dos participantes realizaram horas extras. Quando o indivíduo enfrenta longas jornadas de trabalho, realiza horas extras em excesso ou possui um duplo vínculo empregatício pode ter sua qualidade de vida influenciada de forma negativa e submeter-se aos maiores níveis de estresse ocupacional^(19,26). Horas extras podem levar ao excesso de trabalho que pode favorecer a ocorrência de eventos adversos⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Quanto aos afastamentos no trabalho 53,7% não os informaram desde que iniciaram sua atuação profissional na UTIA. Os modos de trabalho podem resultar em desgastes corporais e mentais, capazes de favorecer a ocorrência de doenças e de acidentes nos trabalhadores. Afastamentos por motivos de saúde estão relacionados aos acidentes de trabalho, problemas físicos variados, além de sofrimento e adoecimento mental⁽²⁹⁾.

O presenteísmo é comumente encontrado nos profissionais do cuidado; dores osteomusculares podem ser grandes responsáveis pela diminuição do desempenho do trabalho, podendo dificultar a realização de movimentos necessários ao exercício da função⁽³⁰⁾. Alterações de saúde físicas e mentais, redução da capacidade para o trabalho e ocorrência do presenteísmo são propensos de acontecer devido ao clima organizacional do local de trabalho e os relacionamentos entre as equipes⁽³¹⁾. Trabalhadores com melhores estados de bem-estar faltam menos ao trabalho,

reduzem o presenteísmo e mostram a intenção de permanecer em seus postos⁽³²⁾.

A produtividade consiste na realização de atividades durante as horas de trabalho; é a relação entre os resultados da produção e os recursos produtivos a ela aplicados⁽³³⁾. Sua redução no trabalho pode ser relacionada à depressão, ansiedade, questões financeiras, aumento das cargas de trabalho e problemas de saúde. É importante investigar o presenteísmo entre os trabalhadores, pois eles reduzem a sua produtividade mas não se ausentam de seus postos, ocorrendo então esse fenômeno⁽³⁴⁾.

Nas análises estatísticas deste estudo foram encontradas diferenças com significância estatística: no escore geral da SPS-6 para o sexo e os afastamentos ao trabalho; na dimensão 1 para ter filhos dependentes e já se ter afastado do trabalho e na dimensão 2 para o sexo.

Em relação às avaliações das duas dimensões desta escala foi encontrado na primeira dimensão (Trabalho Finalizado) o escore três entre 17 trabalhadores (31,8%). Considerando-se que nesta dimensão, quanto mais baixo o escore, maiores serão as dificuldades para o trabalhador finalizar suas atividades, indicando o quanto a condição de saúde pode interferir na realização e finalização das tarefas no trabalho; realça-se que aqueles representam cerca de um terço dos profissionais inquiridos. No que diz respeito à dimensão 2 (Concentração Mantida), os valores encontrados foram, em grande parte, para o escore três (48,7%). Considerando que quanto mais alto o escore menor é a concentração do indivíduo na realização do trabalho, indicando maior comprometimento de concentração e que os valores menores indicam um melhor estado psicológico⁽¹⁵⁾, verifica-se um menor comprometimento nesta dimensão.

O estresse vivenciado no trabalho é capaz de influenciar a ocorrência de presenteísmo entre os trabalhadores; o apoio, por parte dos colegas pode amenizar esse estresse e, consequentemente, a presença deste fenômeno, como comprovado em pesquisa norte-americana⁽³⁵⁾. Estudo polaco demonstrou que os custos relacionados com a sua ocorrência podem superar as despesas gastas com o absenteísmo, de duas a cinco vezes mais, quando ambos foram comparados⁽³⁶⁾.

A ocorrência do presenteísmo pode resultar na geração de altos custos para as instituições, por se tratar de um fenômeno de difícil avaliação e mensuração. Diante do alargamento de custos que pode representar, sua investigação é de suma importância visto que o conhecendo melhor, torna-se possível

formular estratégias e meios para amenizar a sua ocorrência⁽³⁷⁾. É um fenômeno que pode resultar em perdas financeiras para as instituições e organizações; entretanto, é importante considerá-lo não somente pelo impacto financeiro e suas consequências, mas também por sua relevância psicossocial⁽³⁸⁾.

Trabalhadores portadores de doenças crônicas são mais propensos a apresentar presenteísmo do que os saudáveis⁽³⁹⁾; características individuais, como o afeto, a motivação, o empenho e o engajamento nas atividades podem influenciar na decisão do trabalhador ir ao trabalho mesmo adoecido⁽³⁸⁾. O apoio psicológico pode evitar que transtornos mentais cronifiquem-se identificando, de forma precoce, as alterações que possam comprometê-los. Tais intervenções são capazes de reduzir o presenteísmo, as faltas e os afastamentos ao trabalho e os custos ao empregador⁽⁴⁰⁾.

Limitações de estudo

Este estudo apresentou limitações por ter sido realizado em apenas uma UTIA; talvez com um quantitativo maior de entrevistados seria possível encontrar mais valores de significância estatística.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou políticas públicas

O estudo avança no conhecimento pois avaliou o presenteísmo entre a equipe multiprofissional que atua neste tipo complexo de Unidade. Espera-se que os resultados possam contribuir para a saúde dos trabalhadores, visto que o presenteísmo pode ser resultante de danos e problemas de saúde físicos e psicológicos entre eles.

CONCLUSÃO

Na UTIA avaliada foram identificados números expressivos de presenteísmo na avaliação geral. Avaliando-se as dimensões distintas da SPS-6 na primeira foram encontrados resultados que indicam comprometimento na finalização do trabalho e na segunda foi possível identificar um melhor estado psicológico entre os trabalhadores da equipe multiprofissional. Relacionando os resultados do presenteísmo com as características sociodemográficas e laborais, as variáveis sexo, ter filhos dependentes e ter-se afastado do trabalho apresentaram valores com significâncias estatísticas entre os trabalhadores da equipe multiprofissional estudada.

REFERÊNCIAS

1. Schmoeller R, Trindade Lde L, Neis MB, Gelbcke FL, de Pires DE. [Nursing workloads and working conditions: integrative review]. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 5];32(2):368-77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200022>. Portuguese.
2. Ribeiro G, Pires DEP, Scherer MD dos A, Biosecurity practices in technical nursing education. *Trab. Educ. Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 5];14(3):871-88. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00019>
3. Santana L de L, Sarquis LMM, Miranda FMD, Kalinke LP, Felli VEA, Mininel VA, et al. Health indicators of workers of the hospital area. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr 4];69(1):30-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690104i>
4. Pêgo FPL e, Pêgo DR. Síndrome de Burnout. *Rev Bras Med Trab.* 2016;14(2):171-6. doi:10.5327/Z1679-443520162215.
5. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução n. 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil*; 2010 [cited 2018 Sep 23]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

6. Proença MO, Agnolo CMD. [Hospitalization in the intensive care unit: overview of patients who experienced]. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2015 Apr 29];32(2):279–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200010> Portuguese
7. Moon JY, Kim J-O. Ethics in the Intensive Care Unit. *Tuberc Respir Dis*. 2015;78(3):175–9. doi: 10.4046/trd.2015.78.3.175
8. Shimizu HE, Ciampone MHT. [The representations of nursing auxiliaries and technicians about team work at an Intensive-Care Unit]. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2004 [cited 2017 Aug 13];12(4):623–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000400007> Portuguese.
9. Teston S de F, Grigol C. Fatores de estresse e a sustentabilidade social em uma empresa do ramo da saúde de Chapecó. *InterfacEHS* [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 9];9(2). Available from: <http://www.revistas.sp.senac.br/index.php/ITF/article/view/665>
10. Bubonya M, Cobb-Clark DA, Wooden M. Mental Health and Productivity at Work: Does What You Do Matter? *LabourEcon* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 10]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2017.05.001>
11. Kamiri L, Cheng C, Bartram T, Leggat SG, Sarkeshik S. The effects of emotional intelligence and stress-related presenteeism on nurses' well-being. *Asia Pac J Hum Resour*. 2015;53(3):296–310. doi:10.1111/1744-7941.12049
12. Krane L, Larsen EL, Nielsen CV, Stapelfeldt CM, Johnsen R, Risør MB. Attitudes towards sickness absence and sickness presenteeism in health and care sectors in Norway and Denmark: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2014;14:880. doi: 10.1186/1471-2458-14-880
13. Veale PM, Vayalumkal JV, McLaughlin K. Sickness presenteeism in clinical clerks: Negatively reinforced behavior or an issue of patient safety? *Am J Infect Control*. 2016;44(8):892–7. doi: 10.1016/j.ajic.2016.01.043
14. Viero CM, Camponogara S, Cezar-Vaz MR, Costa VZ da, Beck CLC. Risk society: the use of pesticides and implications for the health of rural workers. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2016 May 4];20(1):99-105. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160014>
15. Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MTL, de Mello DCB. Transcultural adaptation and validation of the Stanford Presenteeism Scale for the evaluation of presenteeism for Brazilian Portuguese. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 4];21(1):388–95. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000100014>
16. Jones G, Hocine M, Salomon J, Dab W, Temime L. Demographic and occupational predictors of stress and fatigue in French intensive-care registered nurses and nurses' aides: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):250–9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.015
17. Jansen K, Ruths S, Malterud K, Schaufel MA. The impact of existential vulnerability for nursing home doctors in end-of-life care: A focus group study. *Patient Educ Couns*. 2016;99(12):2043–88. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.016.
18. Seok H, Choi SJ, Yoon J-H, Song GG, Won JU, Kim JH. The association between osteoarthritis and occupational clusters in the Korean population: a nationwide study. *PLoS One*. 2017;12(1):e0170229. doi: 10.1371/journal.pone.0170229.
19. Palhares Vde C, Corrente JE, Matsubara BB. Association between sleep quality and quality of life in nursing professionals working rotating shifts. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 25];48(4):594–601. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004939>
20. Jager N, Nolte AGW, Temane A. Strategies to facilitate professional development of the occupational health nurse in the occupational health setting. *Health SA Gesondheid* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 10];21:261–70. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.03.003>
21. Inoue KC, Matsuda LM. The extent of the adult-ICU nursing crew in a school hospital. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2009 [cited 2017 Aug 13];11(1):55-63. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>
22. Covre SM. Socioeconomic and cultural features of consensual unions in Brazil. *Rev Bras Estud Popul* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 3];33(1):53–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.20947/S0102-309820160004>
23. Silva KN, Dutra FCMS, Silva KN, Dutra FCMS. Psychosocial job factors and chronic pain: analysis in two municipal schools in Serrana/SP. *Rev Dor*. 2016;17(3):164–70. doi: 10.5935/1806-0013.20160064
24. Cabrita J, Boehmer S, Galli da Bino C. Working time developments in the 21st century: work duration and its regulation in the EU [Internet]. Dublin (IE): EUROFOUND; c2016 [cited 2018 Sep 23]. 102 p. Available from: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1573en.pdf
25. Sponholz TCH, Sartori MT, Marques APS, Albuquerque GSC, Silva MJS e, Perna PO, et al. [Workprocess in medical residency: the subordination of teaching and learning to the exploitation of the resident work force]. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 25];14:67–87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00025> Portuguese.
26. Ganime JF, Almeida Silva L, Robazzi MC, ValenzuelaSauzo S, Faleiro SA. O ruído como um dos riscos ocupacionais : uma revisão de literatura. *Enferm Glob* [Internet]. 2010 [cited 2017 May 10];(19):0–0. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010002200220
27. Quadros DV, Magalhães AM, Mantovani VM, Rosa DS, Echer IC. Analysis of managerial and healthcare indicators after nursing personnel upsizing. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 24];69(4):684–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690410i>.
28. Curan GRF, Beraldo A, Souza SNDH, Rossetto EG. [Sizing of Staff of Neonatal Units in a University Hospital]. *Semina Ciênc Biol Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 24];36(1Supl):55–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n1Supl55> Portuguese.
29. Scherer MD A, Oliveira NA, Pires DEP, Trindade LL, Gonçalves ASR, Vieira M, et al. [Increased workloads for nurse technicians in primary healthcare in Brazil]. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 23];14(supl1):89–104. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00025>

org/10.1590/1981-7746-sol00030. Portuguese.

30. Dhaini SR, Zúñiga F, Ausserhofer D, Simon M, Kunz R, De Geest S, Schwendimann R. Are nursing home care workers' health and presenteeism associated with implicit rationing of care? A cross-sectional multi-site study. *Geriatr Nurs*. 2017;38(1):33–38. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.07.003
31. Schulz H, Zacher H, Lippke S. The importance of team health climate for health-related outcomes of white-collar workers. *Front Psychol*. 2017;8:74. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00074
32. Sears LE, Shi Y, Coberley CR, Pope JE. Overall well-being as a predictor of health care, productivity, and retention outcomes in a large employer. *Popul Health Manag [Internet]*. 2013 [cited 2017 Feb 26];16(6):397–405. Available from: doi: 10.1089/pop.2012.0114
33. Barbosa FH, Pessôa SA. Pessoal ocupado e jornada de trabalho: uma releitura da evolução da produtividade no Brasil. *Rev Bras Econ [Internet]*. 2014 [cited 2017 Apr 25];68(2):149–69. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71402014000200001>.
34. Mazanec SR, Daly BJ, Douglas SL, Lipson AR. Work Productivity and Health of Informal Care givers of Persons With Advanced Cancer. *Res Nurs Health*. 2011;34(6):483–95. doi: 10.1002/nur.20461
35. Yang T, Shen YM, Zhu M, Liu Y, Deng J, Chen Q, See LC. Effects of co-worker and supervisor support on job stress and presenteeism in an aging workforce: a structural equation modelling approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;13(1):ijerph13010072. doi: 10.3390/ijerph13010072.
36. Peçiřło M. Selected aspects of absence at work and work-related health problems in Polish enterprises. *Int J Occup Saf Ergon*. 2015;21(3):268–75. doi: 10.1080/10803548.2015.1081768.
37. Kigozi J, Jowett S, Lewis M, Barton P, Coast J. The estimation and inclusion of presenteeism costs in applied economic evaluation: a systematic review. *Value Health [Internet]*. 2017 [cited 2017 Mar 22];20(3):496–506. Available from: doi: 10.1016/j.jval.2016.12.006
38. Karanika-Murray M, Pontes HM, Griffiths MD, Biron C. Sickness presenteeism determines job satisfaction via affective-motivational states. *Soc Sci Med*. 2015;139:100–6. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.06.035
39. Skagen K, Collins AM. The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2016;161:169–77. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.06.005
40. Preiser C, Rothermund E, Wittich A, Gündel H, Rieger MA. Psychosomatic consultation in the workplace: opportunities and limitations of the services offered—results of a qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health [Internet]*. 2016 [cited 2017 Feb 26];89(4):599–608. Available from: doi: 10.1007/s00420-015-1098-y