



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MARIA JOÃO MANO CERVEIRA DA COSTA

**ABSENTISMO NÃO PLANEADO EM SAÚDE:
O ESTUDO
DE CASO DE UMA UNIDADE CIRÚRGICA
PEDIÁTRICA**

VOLUME 1

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da
Saúde orientada pelos Professores Doutores Joana Matos Dias e
Vítor Reis Raposo e apresentada à Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra**

outubro de 2021



FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Maria João Mano Cerveira da Costa

ABSENTISMO NÃO PLANEADO EM SAÚDE: O ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE CIRÚRGICA PEDIÁTRICA

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientadores: Professora Doutora Joana Matos Dias e Professor Doutor Vítor Manuel dos Reis Raposo

Outubro de 2021

AGRADECIMENTOS

“ A universal truth: no health without a workforce”

World Health Organization, 2014

RESUMO

Palavras-chave: absentismo, profissionais de saúde, ambiente de cuidados, presenteismo

ABSTRACT

Keywords: absenteeism, health workforce, healthcare environment, presenteeism

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACB – Análise Custo-Benefício

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações

BO – Bloco Operatório

EU – European Union

EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work

INE – Instituto Nacional de Estatística

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

MCDTs – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NIOHS – National Institute for Occupation Safety an Health

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

SO – Sala Operatória

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCP – Unidade Cirúrgica Pediátrica

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E GRÁFICOS

Índice

AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO	iv
ABSTRACT.....	v
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	vi
LISTA DE QUADROS, FIGURAS E GRÁFICOS.....	vii
1. INTRODUÇÃO	x
1.1. ENQUADRAMENTO	x
1.2. OBJETIVOS.....	xv
1.3. ESTRUTURA	xv
2. ABSENTISMO – BREVES CONSIDERAÇÕES	xvii
3. ABSENTISMO NO SETOR DA SAÚDE.....	xxvii
3.1. Introdução.....	xxvii
3.2. Natureza e características do trabalho em saúde e absentismo	xxx
3.3. Fatores organizacionais e absentismo	xxxv
3.4. Fatores Individuais e absentismo.....	xxxvii
4. ANÁLISE CUSTO-BENEFÍCIO.....	xliv
4.1. Origem e aspetos concetuais	xliv
4.2. Benefícios e custos na ACB.....	xlvii
4.3. Tipos de ACB.....	xlviii
4.4. Principais etapas na realização da ACB	xlviii
5. ABSENTISMO NÃO PLANEADO NUMA UNIDADE CIRÚRGICA PEDIÁTRICA.....	lv
5.1. Caracterização da unidade cirúrgica pediátrica	lv
5.2. Organização do trabalho programado	lvii
5.3. O absentismo não planeado	lix
6. METODOLOGIA.....	lxv
6.1. TIPO DE ESTUDO.....	lxv
6.2. POPULAÇÃO/AMOSTRA	lxv
6.3. COLHEITA DE DADOS.....	lxvi
6.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	lxvi
7. CONCLUSÕES.....	lxvii
7.1. LIMITAÇÕES DO TRABALHO EMPÍRICO	lxvii
7.2. CONTRIBUTOS DESTA INVESTIGAÇÃO	lxvii
7.3. INVESTIGAÇÃO FUTURA	lxvii

LISTA DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXO I

ANEXO II

1. INTRODUÇÃO

1.1. ENQUADRAMENTO

O trabalho é fundamental para o bem-estar dos indivíduos, assegurando o seu status socioeconómico e de saúde (Eurofound, 2012, 2017). O mundo do trabalho acompanhou a evolução das sociedades e foi moldando a forma como o homem é visto e se relaciona nas organizações (Drucker, 2000). A evolução das teorias da organização consolidou a ideia das pessoas como o grande fator de diferenciação e de criação de valor organizacional (*idem, ibidem*), determinante para o sucesso do negócio (Čikeš et al., 2018).

O absentismo torna visível o fator diferenciador do valor humano, com consequências críticas para os indivíduos e organizações e grande impacto social e económico, por via dos efeitos negativos na produtividade, moral e competitividade organizacionais (Cucchiella et al., 2014; Hassink, 2018; Kocakülâh et al., 2011; Magee et al., 2016; Medina-Garrido et al., 2020).

Considerando que, nas organizações contemporâneas, a produtividade tem um sentido lato, incluindo conhecimento, inovação (Ferreira Cascão, 2014), criatividade, lealdade e capital humano, então as consequências organizacionais do absentismo são elevadas e, muitas vezes, difíceis de estimar, pela natureza intangível de alguns dos seus impactos.

O absentismo é descrito como um fenómeno complexo e global (Brborović et al., 2017; Cucchiella et al., 2014; Eurofound, 2010), podendo, genericamente, ser definido como a ausência do trabalhador durante o período normal de trabalho a que está obrigado, independentemente das causas (INE, 2021). Nos países da OCDE, a principal causa de absentismo é a doença do trabalhador, condição que representa custos socioeconómicos elevados (OECD, 2014).

No setor da saúde, o absentismo contribui direta e indiretamente para o aumento crescente da despesa e para a iniquidade dos sistemas de saúde (Agapito & Cardoso De Sousa, 2010; Damart & Kletz, 2016; Mbombi et al., 2018; Tumlinson et al., 2019).

As organizações de saúde são sistemas complexos e controlados, que se têm adaptado às modificações demográficas, sociais e económicas ocorridas, aumentando a pressão sobre a intensidade do trabalho e a produção de cuidados de saúde (Chênevert et

al., 2013), com repercussões na qualidade em saúde e no bem-estar dos profissionais (OECD, 2017; Ticharwa et al., 2019).

A natureza, características e organização do trabalho em saúde enquadram o comportamento dos profissionais relativamente ao absentismo e à decisão de faltar ao trabalho (Brborović et al., 2017) e, simultaneamente, descrevem os seus determinantes organizacionais e de contexto.

O trabalho, no setor da saúde, caracteriza-se pela sua natureza intensiva, com vista à melhoria dos resultados em saúde, bem-estar, equidade e coesão social, promotores de um crescimento económico inclusivo (WHO, 2016b). A esta característica acrescem outras, como a escassez global de trabalhadores do setor, a complexidade de todas as funções das organizações de saúde (Cinaroglu, 2016), o facto de se tratar de uma força de trabalho muito diferenciada, capacitada para lidar com situações urgentes, de vida e de morte, um ambiente de trabalho desafiante e que envolve inúmeras interações multidisciplinares (EU-OSHA, 2014b), e em que é difícil atingir aumentos de produtividade. Todos estes fatores são determinantes para a forma de organização do trabalho (WHO, 2006), tendo grande impacto nas condições de trabalho, no bem-estar e segurança dos trabalhadores da saúde (EU-OSHA, 2014b).

O trabalho em saúde é determinado, fundamentalmente, pelos cuidados exigidos pela condição de saúde dos doentes, que impõem assim o volume de trabalho, o tempo necessário à sua realização e a diferenciação exigida, agravando desta forma a pressão exercida sobre os profissionais, principalmente no que diz respeito à sobrecarga e falta de controlo sobre o ritmo de trabalho (ILO, 2016).

Um dos fatores de sobrecarga a que os trabalhadores estão sujeitos, com repercussões na sua saúde, diz respeito à necessidade de assegurar os serviços de saúde 24 horas por dia, 365 dias por ano (EU-OSHA, 2014b). A duração do tempo de trabalho, mas também a sua organização em escalas e a frequência do trabalho noturno, concorrem para um risco acrescido na saúde e bem-estar dos profissionais (EU-OSHA, 2014b).

O desenho do trabalho em saúde inclui vários aspetos de risco, como a desproporção do rácio de profissionais de saúde por doente, a exigência permanente de elevada atenção, a baixa valorização socioeconómica atribuída ao trabalho, pouco investimento na formação e treino e incerteza. Esta incerteza consubstancia-se, por

exemplo, nos atuais sistemas de feedback do desempenho desajustados, ambiguidade nos papéis desejados (ILO, 2016) e incerteza ao nível das carreiras e progressões.

O desempenho dos sistemas de saúde, em termos da sua efetividade, eficiência, qualidade e segurança, está relacionado com a saúde e segurança ocupacional da sua força de trabalho (EU-OSHA, 2021). No entanto, o primado do doente justifica a alocação dos escassos recursos às suas necessidades em matéria de cuidados de saúde, muitas vezes não valorizando estas questões dos profissionais que o cuidam, sendo que as práticas de gestão das organizações de saúde refletem igualmente esta norma cultural (*Idem, ibidem*).

Segundo a EU-OSHA (2014b, p. 32) a saúde é um setor “*high-risk, high-demand, high-stress*”, em permanente mudança, face à incerteza que o caracteriza, e os seus profissionais desempenham uma atividade profissional que os expõe permanentemente a fatores de risco biológico, químico, ergonómico e psicossociais (EU-OSHA, 2014b), dos quais resultam doenças ou acidentes relacionados com o trabalho e a diminuição da sua efetividade no trabalho, manifestada pelo absentismo. Os riscos psicossociais associados ao contexto de trabalho, têm um impacto negativo na saúde física e mental dos profissionais de saúde (Cullati et al., 2017; King et al., 2020; OECD, 2017; Ropponen et al., 2020; Ticharwa et al., 2019), resultando na diminuição da sua capacidade para o trabalho e no aumento considerável do risco de absentismo e presentismo (Eurofound, 2018). Por outro lado, os fatores individuais são decisivos para os padrões de absentismo em saúde (Belita et al., 2013; Burmeister et al., 2019; Krane, Larsen, et al., 2014; Ticharwa et al., 2019).

A imprevisibilidade associada ao absentismo não planeado nas organizações de saúde tem um efeito descrito como caótico e stressante para a prática clínica (Levin, 2017), principalmente em unidades em que os profissionais têm uma relação funcional interdependente elevada. A falta imprevista de um dos grupos profissionais, tem um efeito direto na atividade dos restantes, comprometendo a atividade assistencial (Dzoljic et al., 2003) ou a produção cirúrgica, no caso dos blocos operatórios (Dexter et al., 2020).

O bloco operatório assume uma importância relevante no contexto de qualquer instituição hospitalar. Tem uma atividade onerosa, uma capacidade limitada e o seu funcionamento tem implicações, não só no trabalho de outras unidades do hospital (Dexter et al., 2020), mas também e principalmente, nas questões do acesso a cuidados cirúrgicos (Dzoljic et al., 2003; EU, 2019; Silva & Salvado, 2015). Em Portugal, a EU (2019) destaca as

listas de espera para cirurgias de especialidade como a principal variável, do lado da oferta, responsável por cuidados de saúde não satisfeitos.

A segurança é um dos princípios fundamentais da qualidade em saúde e uma preocupação dos sistemas de saúde a nível global (WHO, 2017). A necessidade de garantir contextos de saúde seguros fez emergir o conceito de dotações seguras e a sua relação com a segurança dos doentes e profissionais. A definição da American Federation of Teachers (1995), considera dotação como “(...) estar disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidado dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos” (ICN, 2006, pp. 5–6). Assim, para se atingirem índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, a dotação segura deve considerar, para além do número de profissionais, o seu nível de qualificação e perfil de competências, permitindo uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 128). A relevância que os procedimentos cirúrgicos têm no total dos eventos adversos em cuidados de saúde, a nível global (WHO, 2017), exige que se cumpram dotações seguras, seguindo as orientações emanadas para cada grupo profissional, não permitindo que se prossiga a atividade cirúrgica sem esta salvaguarda de segurança. Ademais, estas unidades frequentemente têm défice de recursos humanos, muitas vezes agravada pelo absentismo (Görs et al., 2020). As consequências da imprevisibilidade da falta dos profissionais, num contexto de cuidados complexo, incerto, dinâmico e stressante como o destas unidades (Görs et al., 2020; Holmes et al., 2020; Tørring et al., 2019), apelam à necessidade da sua gestão. Também no bloco operatório pediátrico, designado neste trabalho como unidade cirúrgica pediátrica, a atividade depende do trabalho individual de cada um dos elementos da equipa, mas é essencialmente interdisciplinar e interdependente. Assim, a falta não planeada de um dos profissionais da equipa cirúrgica pediátrica resulta em crianças não operadas, em número variável, pais com perdas adicionais de dias de trabalho e deslocações desnecessárias, numa desorganização da vida familiar quotidiana.

A vivência do cancelamento cirúrgico e a incerteza de um novo agendamento são aspetos intangíveis, mas de extrema importância em pediatria, exacerbando não só a

tensão emocional e angústia associados a um evento desta natureza na vida da criança e da família, mas também a preocupação com a situação de saúde por resolver.

Por outro lado, a gestão do serviço enceta todos os esforços para encontrar substituição para o elemento em falta, frequentemente recorrendo aos profissionais em gozo de folga. Estes são confrontados com questões éticas, entre o dever de prestar cuidados e o direito à folga e vida familiar, ao que ainda acresce a sobrecarga de horas de trabalho a que, eventualmente, ficam sujeitos.

A autora deste trabalho desenvolve a sua atividade profissional na unidade cirúrgica pediátrica e desempenha funções de enfermeira especialista em ESIP (Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) e de apoio à gestão da unidade. Assim, já experienciou a situação relatada, em que se tenta evitar o cancelamento cirúrgico, priorizando o interesse das crianças, das famílias e da organização, mas, ao mesmo tempo, tendo plena consciência do esforço que a gestão do absentismo não planeado exige aos profissionais, nomeadamente aos enfermeiros. Surge assim o interesse pela temática e a motivação para refletir sobre o impacto que o absentismo tem, não só na organização e nos seus profissionais, mas também nas crianças e famílias. Tentar quantificar os custos associados a este absentismo, entender quais os seus impactos alargados e quais as consequências das estratégias adotadas, ou passíveis de serem adotadas, que os possam minimizar, assume, assim, grande importância.

Sendo necessária uma visão holística acerca desta temática, interessando estudar este problema tendo em conta os seus impactos na sociedade como um todo e havendo impactos cuja quantificação pode não ser trivial, optou-se por se utilizar uma abordagem baseada na análise custo-benefício. O estudo visa, assim, analisar o absentismo não planeado numa unidade cirúrgica em contexto pediátrico, pretendendo-se identificar e quantificar os custos diretos e inferir os custos indiretos do absentismo não planeado, seguindo as boas práticas definidas em análises custo-benefício, para que seja possível ter em conta o conceito mais abrangente de custo social.

Pensamos que o estudo pode ter importância na obtenção de contributos para a gestão do absentismo não planeado em unidades congéneres, que permitam obter ganhos

de eficiência, produtividade e efetividade, diminuindo o seu impacto pessoal, profissional e organizacional.

1.2. OBJETIVOS

Com este trabalho pretendemos desenvolver uma metodologia para o estudo do absentismo não planeado numa unidade cirúrgica que inclua também uma análise custo-benefício. A aplicação da metodologia desenvolvida irá ser feita a um estudo de caso, tendo por base os dados existentes acerca do absentismo numa unidade cirúrgica em contexto pediátrico, durante os anos de 2017-2019. Os dados de 2020 não foram considerados, por se entender que poderiam conduzir a uma análise enviesada e influenciada pela situação pandémica, que condicionou fortemente o funcionamento global das unidades de saúde e da atividade cirúrgica em particular.

Pretende-se também refletir sobre alternativas que possam ser colocadas em prática e que permitam minimizar o impacto do absentismo, tendo em conta de forma explícita as várias partes interessadas. De uma forma mais específica, os objetivos são:

- a) Realizar uma análise exploratória e descritiva aos dados existentes.
- b) Identificar e quantificar os custos diretos do absentismo não planeado na unidade cirúrgica pediátrica, por ano de atividade considerado;
- c) Identificar e calcular os custos indiretos do absentismo não planeado na unidade cirúrgica pediátrica;
- d) Identificar, refletir e quantificar (na ótica de uma análise custo-benefício) os custos intangíveis do absentismo não planeado na unidade cirúrgica pediátrica;
- e) Definir e analisar de forma comparativa possíveis medidas que minimizem o impacto do absentismo não planeado na unidade cirúrgica pediátrica.

1.3. ESTRUTURA

Este trabalho está estruturado em duas partes principais: a primeira parte, denominada de parte conceptual, compreende o enquadramento teórico das temáticas centrais do estudo, breves considerações sobre o absentismo, absentismo no setor da saúde, análise custo-benefício e a descrição da problemática do absentismo não planeado numa unidade cirúrgica pediátrica, assente nos marcos teóricos anteriores. Na segunda

parte, denominada de parte empírica, é descrita a metodologia que norteou o estudo, a apresentação e discussão dos resultados e as principais conclusões.

PARTE CONCEPTUAL

2. ABSENTISMO – BREVES CONSIDERAÇÕES

De acordo com (Mashonganyika, 2004), o termo absentismo tem origem no latim – *absentia*, que significa ausência, tendo surgido pela primeira vez numa publicação no New York Times em 1904 e criado consciência pública para o fenómeno (Akgeyik, 2014). O interesse académico sobre o absentismo inicia-se na década de 40 do século XX, com a publicação dos primeiros estudos empíricos relativos às suas causas e consequências, por Jackson e Noland (*idem, ibidem*).

O absentismo é aceite internacionalmente como “*the manifestation of a decision by an employee not to present themselves at their place of work at a time when it is planned by management that they should be in attendance*” (Eurofound, 2012, p. 2), ao qual estão imputados vários custos socioeconómicos.

Os custos associados ao absentismo podem ser diretos - incluindo o salário do trabalhador ausente, os custos com a sua substituição e o valor em horas extraordinárias, se aplicado, ou indiretos. Os custos indiretos contemplam o impacto na produtividade, gestão, qualidade do serviço produzido, as contribuições do sistema de segurança social e a contratação de novos trabalhadores, se aplicável (Eurofound, 2010). Estes custos indiretos são habitualmente elevados, mas negligenciados nas análises económicas dos vários países (*idem, ibidem*).

Os países abordam o absentismo de formas diferentes, consoante as metodologias de registo do absentismo adotadas. Em Portugal, a definição de absentismo inclui todas as formas de absentismo, justificado ou não, mesmo o absentismo planeado, como as licenças de maternidade/paternidade, sendo a fonte dos dados da responsabilidade do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, baseada no registo obrigatório do empregador (Eurofound, 2010).

O absentismo mede-se utilizando o índice tempo perdido, em horas ou dias (Johns & Raghid, 2016), ou pela sua frequência - número de períodos ausente do trabalho durante um período específico de tempo de duração. Čikeš et al. (2018) consideram a frequência do absentismo um critério válido como preditor da motivação e atitude do trabalhador.

Belita et al. (2013) propõem um enquadramento do absentismo baseado em duas características-chave: o seu planeamento e o ser voluntário ou não. Rego et al. (2018) fazem ainda a distinção entre absentismo de curta *versus* longa duração.

Quanto à característica de planeamento, o absentismo é planeado quando a falta ao trabalho é comunicada atempadamente e acordada entre o trabalhador e a organização, sendo não planeada na situação em que ela ocorre e a organização está a contar com o trabalhador para o desempenho esperado (Rego et al., 2018). O absentismo não planeado ou imprevisto, surge na literatura como uma questão premente e de difícil resolução nos países industrializados (Johansson & Palme, 2002; Kocakülâh et al., 2011), correspondendo, só nos EUA e no setor de serviços, a 2,3% do total de horas não trabalhadas e custos que representam cerca de 8,7% dos pagamentos totais, nesse setor económico (Kocakülâh et al., 2011).

O modelo de Steers e Rhodes (Steers & Rhodes, 1978), dá uma visão explicativa sobre o absentismo voluntário e involuntário. Este modelo enfatiza a importância que as características pessoais e organizacionais têm sobre o comportamento de absentismo do indivíduo, nomeadamente na sua capacidade e motivação para comparecer ao trabalho. A motivação reflete uma resposta afetiva com o trabalho e as pressões internas e externas para realizar o trabalho programado - económicas, sociais e pessoais. A satisfação com o trabalho surge com uma forte correlação com a motivação para cumprir os horários e faltar menos ao trabalho, habitualmente por questões pessoais, segundo Rego et al. (2018) e Vignoli et al. (2016).

Steers & Rhodes (1978) propõem igualmente que fatores como a doença/acidentes e responsabilidades familiares possam inibir a capacidade para comparecer ao trabalho, apesar da motivação, o que contribui para o absentismo involuntário, ideia corroborada por Rego et al. (2018). O termo “involuntário” não implica assim, que o trabalhador não controla a sua decisão de comparecer ou não ao trabalho, mas antes que fatores externos influenciam essa decisão (Magee et al., 2016). De acordo com estes autores, a distinção entre estes dois tipos de absentismo faz-se, habitualmente, pela sua frequência e duração, sendo o absentismo voluntário consistente com a sua elevada frequência e o involuntário com a sua duração. Parece haver evidência de que o

absentismo não planeado é, frequentemente, de curta duração e, por vezes, voluntário (Magee et al., 2016).

Para Rego et al. (2018, p. 782) “o absentismo pode envolver uma decisão individual e complexa iniciada por várias causas em simultâneo, (...), que se influenciam mutuamente e conduzem ao caso particular de ausência”, sendo que, segundo Cucchiella et al. (2014, p. 1159), o absentismo representa um “sintoma social e económico” e “ineficiência organizacional”, descrito como um fenómeno sociológico diretamente relacionado com os comportamentos individuais, organizacionais e das condições de trabalho (*idem, ibidem*).

No nosso entender, as ideias *supra*, refletem muita da imprevisibilidade e complexidade do absentismo e seus fatores determinantes. O comportamento de absentismo depende de várias variáveis, algumas relacionadas com características individuais e demográficas, enquanto outras estão relacionadas com aspetos contratuais ou organizacionais, tais como:

- setor económico - O absentismo varia consideravelmente entre o setor público e o privado, adquirindo níveis mais elevados no público, principalmente por causa de doença (Hansen et al., 2019). Para tal parecem concorrer fatores como a segurança que o emprego público oferece, e a sua capacidade de proteção e promoção do bem-estar do indivíduo, independentemente do desempenho, atraindo, assim, trabalhadores com características individuais que se enquadram nos comportamentos de absentismo (*Idem, ibidem*). Por outro lado, o setor público emprega mais mulheres e detém trabalhadores mais velhos, dois grupos aos quais é atribuído elevado absentismo (Mastekaasa, 2020). De igual modo, compreende profissões em que se exigem elevados padrões de desempenho e um contacto muito próximo com várias partes interessadas, resultando num trabalho de elevada exigência psicoemocional e propenso a stress e *burnout*, com conseqüente elevado risco de absentismo de longa duração, como é o caso das profissões da saúde e dos professores (Hansen et al., 2019). Geralmente, o setor privado caracteriza-se pelo foco no desempenho e lucro, tendo menos tendência a reter e a promover os trabalhadores com níveis elevados de absentismo. Na opinião de (Mastekaasa, 2020), existe uma certa contradição entre os altos índices de absentismo no setor público e

a forte motivação para o serviço público, realizado em benefício dos outros na sociedade. Esta reflexão deveria existir e conduzir a métodos de seleção e retenção destes trabalhadores que contrariassem esta tendência.

- os contornos da qualidade do trabalho - Os efeitos das condições de trabalho estão relacionadas com aspetos estruturais ou organizacionais dos contextos, bem como com aspetos sociais, surgindo associados diretamente com o fenómeno de absentismo (Belita et al., 2013), sendo que condições de trabalho satisfatórias e motivacionais provaram ser fatores fundamentais para a diminuição do absentismo, enquanto o contrário parece sustentar o fenómeno. (Cucchiella et al., 2014), salientam o papel dos conflitos psicossociais causadas pela deterioração das relações de trabalho, entre colegas e com os gestores, a dificuldade na conciliação trabalho-família, como determinantes para tal. Segundo (Schouteten, 2017), a qualidade da vida do trabalhador depende do balanço (ou a falta dele) entre a exigência do contexto profissional e algo mais, como o apoio da organização, a autonomia na decisão e a remuneração, por exemplo. O impacto que a insatisfação laborar produz no comportamento absentista é referida por (Čikeš et al., 2018) como elevada. A organização do trabalho, incluindo trabalho por turnos, e os termos do contrato de trabalho, são ainda fatores que podem influenciar a presença de trabalhadores saudáveis ou a sua falta ao trabalho.
- a generosidade dos benefícios em caso de doença - De acordo com (Hassink, 2018) existe evidência de que fortes medidas de apoio em caso de doença do trabalhador, geralmente regulados e pagos pelo Estado, aumentam os níveis de absentismo, assente no exemplo de países que promoveram os benefícios, aumentando o número de dias de ausência participados, ou a percentagem do seu valor e/ou, do retorno dos descontos, em caso de doença, e onde se verificou o aumento dos dias de absentismo por ano e por trabalhador. O comportamento do trabalhador face à presença do aumento destes benefícios configura o que (Cucchiella et al., 2014) designam de comportamento oportunista pelo trabalhador, uma vez que se assiste à tendência de aproveitar a baixa perda remuneratória por doença, aumentando os dias de absentismo.
- o nível de proteção no emprego – Os estudos de (Hansen et al., 2019) referem que os trabalhadores do setor público esperam obter os benefícios de um setor socialmente

responsável e que se rege por pressupostos legais que dificultam o despedimento ou a penalização por absentismo do trabalhador, enquadrando a ocorrência de absentismo voluntário. Hesselius (2007) estabelece uma relação entre a incidência e duração do absentismo por doença e o risco subsequente de desemprego, que entende comprovada pela variação inversa entre a taxa de desemprego e a taxa de absentismo, observada nalguns países.

- o tamanho da organização - O tamanho da organização é uma das características organizacionais que tem relação com o absentismo (Cucchiella et al., 2014). Às organizações maiores correspondem maiores índices de absentismo, mesmo se mediadas por incentivo salarial, explicada pelo maior controlo de custos a que as organizações maiores estão expostas (Belita et al., 2013). A qualidade e quantidade de interações sociais, a falta de coesão que pode coexistir nas grandes organizações, assim como a organização do trabalho e o maior nível de burocracia associada, pode fazer com que o esforço individual do trabalhador se dilua, e não contribua para a sua satisfação (Belita et al., 2013; EU-OSHA, 2014b). Por outro lado, ao tamanho das organizações estão geralmente associados tipos e níveis de direitos e benefícios dos trabalhadores, como a sua representação e remuneração (EU-OSHA, 2014b).
compromisso com a organização – O forte comprometimento com a organização conduz a baixos níveis de absentismo (Čikeš et al., 2018; Jacobsen & Fjeldbraaten, 2020), havendo uma forte relação entre motivação para o desempenho e comprometimento organizacional, com a frequência do absentismo (Schouteten, 2017).
- aptidão, exigência e características do posto de trabalho – As exigências associadas ao posto de trabalho e outras características relacionadas com a função, representam importantes antecedentes de saúde dos indivíduos (Schouteten, 2017). A aptidão para o desempenho é uma característica pessoal de cada trabalhador, que representa a utilização dos seus próprios meios (os seus recursos mentais e físicos) no desenvolvimento da atividade profissional e cumprimentos das suas exigências. Esta aptidão pode diminuir por conjugação de várias outras características, tais como a elevada exigência física e psicossocial e condição física comprometida (por exemplo, por doenças musculoesqueléticas associadas ao esforço no trabalho, características do trabalho de elevada intensidade). O stress associado ao trabalho atua como resposta

à pressão e exigência laboral a que se fica sujeito e que desafia a sua capacidade de lidar com a situação.

Nos países da OCDE, a principal causa do absentismo é a situação de doença do trabalhador (OECD, 2014). No entanto, nem sempre a doença ou as suas determinantes conduzem ao absentismo, dando lugar ao presentismo, termo que designa o indivíduo que comparece ao trabalho enquanto física ou psicologicamente doente, e se encontra incapaz de funcionar eficazmente (EU-OSHA, 2018, 2021).¹

Segundo a OCDE, o presentismo é mais observado nas mulheres e nos trabalhadores com idades abaixo dos 35 anos, havendo uma forte associação entre baixos níveis de absentismo e níveis elevados de presentismo, mas sem distinção de género (OECD, 2017). O presentismo tem um efeito negativo no bem-estar do trabalhador, na possibilidade do aumento do erro e impacto na produtividade, podendo conduzir a longos períodos de absentismo (Bergström et al., 2009; Deery et al., 2014; Kivimäki et al., 2001).

Leka & Jain (2016) referem-se às elevadas exigências físicas e psicossociais associadas à profissão e as más condições de trabalho, como longas jornadas de trabalho e sobrecarga de trabalho, como causas de absentismo, uma vez que se lhes conhece potencial de conduzir a situações de stress e *burnout*, e consequentes elevados custos socioeconómicos (Eurofound, 2010; Vignoli et al., 2016).

Tal como referido pela International Labour Organization (ILO, 2016), vários estudos sugerem que os trabalhadores que relatam níveis elevados de stress laboral se encontram em grande risco de desenvolver várias condições de doença mental e física, como depressão, ansiedade, hipertensão e doenças cardíacas. O bem-estar emocional e as

¹ Várias perspetivas surgem sobre o conceito de presentismo. Algumas vezes surge associado à presença do trabalhador no local de trabalho, mas permanecendo “ausente” por preocupações pessoais, realização de outras tarefas em simultâneo, condição de saúde, excesso de horas de trabalho, entre outros fatores (Barbosa, 2016). Outra perspetiva do conceito de presentismo está relacionada com a presença física do trabalhador no local de trabalho quando este se encontra doente ou com qualquer outra condicionante de saúde (Barbosa, 2016), por brio profissional, manutenção do registo de presenças ou do salário integral, o receio de perda de posto de trabalho ou de sanções sociais (Rego et al., 2018) sendo a mais referida na generalidade da literatura da temática.

suas consequências no bem-estar físico são variáveis que atuam como mediadoras da motivação para o trabalho e para o absentismo (Medina-Garrido et al., 2020).

A vida profissional e a vida privada influenciam-se mutuamente. Tentar encontrar um equilíbrio entre trabalho e família pode exigir um enorme esforço ao indivíduo, e pode também ter um papel central no absentismo, uma vez que reflete a interação entre trabalho e vida pessoal. O conflito trabalho/família revela ser um fator de risco na qualidade de vida do trabalhador (Vignoli et al., 2016) e um dos maiores fatores de stress no trabalho (OECD, 2017). Conciliar a exigência da profissão com as obrigações familiares obriga a um esforço que pode conduzir a exaustão emocional e, neste caso, de acordo com Jacobsen & Fjeldbraaten (2020) o absentismo pode ser entendido como uma estratégia para lidar com a duplicação de papéis trabalho/família, principalmente quando se consideram as mulheres. O conflito trabalho/família está associado à condição individual de saúde, com consequências tanto para o trabalhador e suas famílias, como para a organização, nomeadamente ao nível da satisfação, comprometimento e produtividade (OECD, 2017).

Segundo o (Eurofound, 2012), o absentismo tem consequências socioeconómicas que se podem traduzir por uma taxa variada de 3 a 6,8%, calculada nos países da EU-27 e Noruega, a que corresponde cerca de 2,5% do PIB destes países (*idem, ibidem*) e um gasto anual superior a 2 biliões de dólares nos EUA (Asay et al., 2016). Em Portugal, dados do (INE, 2017), situam o absentismo em 6,81% e cerca de 73976 horas de trabalho perdidas. De acordo com o Índice de Saúde Sustentável (ISS), em 2018, verificou-se uma média de 5,9 dias de faltas não previstas ao trabalho pelos portugueses, tendo daí resultado prejuízos estimados em 2,2 mil milhões de euros e um impacto económico de cerca de 3,4 mil milhões de euros, se considerada a produtividade perdida (ISS, 2018).

A situação de doença do trabalhador, referida anteriormente como a principal causa do absentismo nos países da OCDE, representa cerca de 2,5%-3% do total das horas de trabalho contratadas (OECD, 2014). Já Kocakülâh et al. (2011), refere que nas economias ocidentais, os custos socioeconómicos associados ao absentismo por doença podiam estimar-se entre 2% a 3% do PIB. Na Europa, a taxa de prevalência do absentismo por doença é de 40%, com uma média de 5 dias/ano de ausência ao trabalho (Eurofound, 2012)

e, em Portugal, situa-se nos 45,9% e 33964 horas de trabalho perdidas, em consequência (INE, 2017).

Sanderson & Andrews (2006), salientam o impacto económico associado às doenças do trabalhador presentista, que referem como sendo cinco vezes superior ao do absentismo, podendo traduzir-se em cerca de 30% de perda da sua produtividade (Rego et al., 2018).

Igualmente, os trabalhos de Trontin et al (2010), concluíram que o “custo social” de um só aspeto do stress relacionado com o contexto de trabalho, em França, ascendia a 3 biliões de euros, considerados os custos com os cuidados de saúde, com o absentismo, o abandono da profissão e morte prematura, por esta causa (Leka & Jain, 2016).

Atendendo a Leka & Jain (2016), cerca de 26% dos trabalhadores da EU reportam que a sua saúde é negativamente afetada pela atividade profissional, com repercussões no seu bem-estar geral e vêm estes sintomas subvalorizados no contexto de trabalho; cerca de 6% estão em depressão, que, eventualmente resultará em incapacidade para o trabalho.

Segundo o European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing (EU, 2016), os custos financeiros associados às questões do bem-estar psicossocial no trabalho, traduzidas pela dinâmica do absentismo e presentismo, são superiores a 450 biliões €/ano na UE, incluindo custos diretos e indiretos.

Aceitando o absentismo como um fenómeno sociológico (Cucchiella et al., 2014) e considerando a magnitude socioeconómica associada, concordamos com Kocakülâh et al. (2011) quando defende que as organizações devem desenvolver sistemas de gestão do absentismo eficazes, que lhes permita ganhos de eficiência e produtividade. De acordo com Medina-Garrido et al. (2020), para gerir adequadamente o absentismo há que conhecer a natureza das suas causas e introduzir políticas que reconheçam o trabalhador como um fator necessário de sucesso e não só como um fator de custo (Eurofound, 2010). Das abordagens à gestão do absentismo, salientamos duas delas: o controlo e o bem-estar do trabalhador (Eurofound, 2010; Hassink, 2018; Medina-Garrido et al., 2020).

A abordagem centrada no controlo reflete a preocupação com os gastos associados ao absentismo e traduz-se em políticas de controlo dos custos associados aos benefícios por doença a que o trabalhador tem direito, geralmente por diminuição da cobertura do pagamento por doença, principalmente no setor público (Eurofound, 2010).

A aplicação de sistemas de incentivos financeiros é uma outra forma de controlo do absentismo, assente numa filosofia de incentivos positivos sobre a produtividade (Hassink, 2018). As políticas organizacionais de atribuição de bónus de acordo com o desempenho individual e comprometimento com a organização, incentivando a decisão do trabalhador a não faltar ao trabalho, são igualmente consideradas, mas dependem da organização do processo produtivo. Na produção de trabalho em equipa, por exemplo, revelam-se pouco eficazes, pela importância coletiva do desempenho (Hassink, 2018). As medidas de controlo do absentismo devem ser balanceadas de forma a não promover o presentismo (*idem, ibidem*).

A abordagem assente no bem-estar do trabalhador tem como objetivo a promoção da sua saúde, consentânea com a qualidade dos contextos laborais. De acordo com a OCDE, estudos de associação entre absentismo, presentismo e perfil da qualidade do trabalho, revelaram que ambientes saudáveis de trabalho (em termos físicos e sociais) estavam fortemente associados a baixo absentismo por um período de 5 dias ou mais e a baixo absentismo de causas relacionadas com o trabalho (OECD, 2017). De igual forma, a melhores índices de qualidade no trabalho estavam associados níveis de presentismo mais baixos (OECD, 2017). Em EU-OSHA (2014), é salientado que existe evidência da associação entre aumento das características de qualidade do trabalho e a redução do absentismo por doença e perdas mínimas de produtividade, por presentismo. Os trabalhos de Medina-Garrido et al. (2020), demonstram a existência de um efeito direto entre o acesso do trabalhador a políticas organizacionais de bem-estar/conciliadoras entre vida familiar e trabalho e o absentismo, por via da promoção do bem-estar emocional e suas consequências no bem-estar físico, variáveis estas que atuam como mediadoras da motivação para o trabalho e da decisão individual de faltar ao trabalho.

O bem-estar do trabalhador, por promoção das características positivas do ambiente organizacional, contribuem para o aumento da motivação, criatividade e inovação, desempenhando um papel importantíssimo no desenvolvimento de competências e na decisão de prolongar a vida profissional, com óbvias repercussões sobre a produtividade (Hassink, 2018; OECD, 2017). Existe evidência dos efeitos positivos desta abordagem, implicando, contudo, compromisso das organizações numa filosofia “*high-involvement management*” (Hassink, 2018, p. 6).

De acordo com Wood & Ogbonnaya (2018), o conceito de *high-involvement management*, caracterizado por Ed Lawler (1986), descreve uma abordagem contemporânea de gestão, centrada no envolvimento do trabalhador, com vista à melhoria das condições de trabalho e do desempenho económico das organizações. O foco está no desenho dos postos de trabalho, com vista à melhoria do bem-estar mental e físico dos trabalhadores, permitindo uma maior flexibilidade nas atividades laborais e na decisão da redução individual à exposição de práticas inseguras, por exemplo (Hassink, 2018).

Com o *high-involvement management*, a organização pretende ter uma garantia de proactividade, flexibilidade e colaboração dos trabalhadores; as suas capacidades e competências para tarefas específicas são asseguradas pelo treino proporcionado pela organização; o propósito dos incentivos é aumentar a motivação e o comprometimento organizacional (Peutere et al., 2020). Esta cultura organizacional produz resultados positivos, tais como a retenção dos colaboradores, o aumento da produtividade e da satisfação do trabalhador, e, por esta via, o aumento da vantagem competitiva da organização (Ismail & Warrak, 2020). Os ganhos económicos são assim conseguidos, mas assegurando a satisfação e o bem-estar do trabalhador (Wood & Ogbonnaya, 2018), configurando uma orientação na gestão das pessoas que Peutere et al. (2020) designam de “*win-win situation*”.

O conceito de *high-involvement management* baseia-se num maior nível de responsabilização do trabalhador sobre a execução e gestão das tarefas primárias, mas também na sua participação nos processos de tomada de decisão. Estes fatores tendem a aumentar a satisfação social e individual, o bem-estar e a autoestima dos trabalhadores, reforçando a sua crença de que a organização valoriza a sua contribuição e cuida do seu bem-estar (Ismail & Warrak, 2020). No entanto, e segundo (Hassink, 2018), este tipo de programa tem a desvantagem de fazer um uso intensivo do trabalho (“*employees work harder*”, p. 6), por forma a cumprir todas as tarefas, podendo conduzir ao aumento do absentismo de curta duração, por doença. Pode-se concluir, concordando com Hassink (2018), que, seja qual for a abordagem adotada, as organizações têm sempre a capacidade de influenciar a decisão dos trabalhadores relativamente ao absentismo e ao presentismo e determinar o curso das coisas.

Como referido anteriormente, o comportamento de absentismo depende de fatores individuais e de contexto, podendo ser gerido por diferentes abordagens, sendo que o equilíbrio entre formas de controlo de absentismo e de condições de bem-estar do trabalhador, permitem, idealmente, obter ganhos, tanto para os indivíduos como para a organização. Se os fatores assentes nas características individuais são descritos como importantes nas dinâmicas de absentismo, os fatores organizacionais, como a exigência e características do trabalho, o ambiente psicossocial, entre outros, são aspetos absolutamente fulcrais como modeladores da satisfação, motivação e das decisões individuais do trabalhador em relação a vários aspetos da sua vida laboral, e, em concreto, ao comportamento de absentismo.

As organizações, para manterem a sua atividade e vantagem competitiva, têm todo o interesse em regular os comportamentos de absentismo e presentismo, dado que haverá sempre causas para que os mesmos aconteçam. O foco na saúde e no bem-estar do trabalhador enforma uma cultura organizacional que se afasta da visão mais tradicional dos custos do absentismo e que visa o interesse na valorização do trabalhador, na qualidade do trabalho e numa força de trabalho saudável, independentemente do setor produtivo.

A construção de uma cultura de absentismo e presentismo nas organizações, definida na sua estratégia de negócio, pressupõe crenças e práticas que, partilhadas como valores coletivos, podem mediar positivamente os processos e a qualidade do trabalho e o comportamento dos trabalhadores relativamente ao absentismo. Estes pressupostos fazem sentido com lideranças fortes, que acreditam nesta perspetiva e que conseguem a disseminação de uma filosofia positiva e flexível relativamente ao absentismo e a condução das equipas num clima socioprofissional amigável e saudável e comportamentos ajustados às suas necessidades e interesses pessoais/familiares, de saúde e bem-estar, sem descurar os interesses da organização.

3. ABSENTISMO NO SETOR DA SAÚDE

3.1. Introdução

As organizações de saúde são sistemas complexos (Eeckloo et al., 2007; Mintzberg & Glouberman, 2001), que utilizam de forma mais intensiva os recursos humanos, a

tecnologia e conhecimento, do que outro tipo de organizações (Eeckloo et al., 2004). O produto final das organizações de saúde é um bem comum, a saúde. Assegurar adequados cuidados de saúde requer a prestação de serviços por profissionais de diferentes áreas e competências diversas, conjugando várias partes interessadas, com expectativas diversas, que variam consoante o estado de saúde das populações (Campbell et al., 2013). A par da complexidade, a constante evolução do conhecimento e tecnologia de apoio aos cuidados de saúde exige dos profissionais uma elevada capacidade de adaptação, com vista à eficácia e sucesso de todos os processos clínicos e organizacionais (Cinaroglu, 2016).

O contexto de prestação de cuidados de saúde remete-nos para um ambiente organizacional adaptativo complexo (Cinaroglu, 2016; WHO, 2012) que se diferencia de outros setores de atividade, sobretudo pela sua incerteza e controlo (Barros, 2021; Elliott & Payne, 2015): incerteza quanto ao momento em que alguém necessita de cuidados de saúde e respetivo estado de saúde, incerteza quanto à adequação e eficácia do tratamento e incerteza quanto aos custos dos cuidados de saúde necessários em cada situação (Barros, 2021; Elliott & Payne, 2015). Este nível de incerteza que caracteriza os cuidados de saúde tem ainda como consequência a assimetria de informação entre os agentes económicos que se relacionam entre si, traduzida no facto de que uma das partes (profissional de saúde) “(...) tem mais informação relevante para o valor dessa relação do que a outra parte” (o doente) (Barros, 2021). Paradoxalmente, na incerteza desta relação, é construída uma relação de confiança, que permite que quem necessita de cuidados de saúde confie no conselho ou decisão do profissional de saúde relativamente à melhor opção para o seu problema de saúde, no pressuposto de que este atua no seu melhor interesse e bem-estar.

O juízo ético presente no consumo de cuidados de saúde traduz-se na universalidade da cobertura dos sistemas de saúde (WHO, 2006) e tem tido implicações nas políticas públicas de saúde, nomeadamente nas questões da acessibilidade e equidade, requerendo controlo sobre as formas de organização das relações económicas em saúde e a intervenção das autoridades económicas (Barros, 2021).

Os diferentes papéis do Estado no setor da Saúde confere-lhe forte controlo sobre a atividade de prestação de cuidados de saúde: como segurador, financia as despesas em matéria de cuidados de saúde, através dos impostos; como prestador, fornece e produz bens e serviços de saúde, assegurando a eficiência na afetação dos recursos; como regulador, determina a forma como se relaciona com os agentes económicos do setor,

emite normas, regras e leis que condicionam a atividade, tanto do lado dos consumidores como do lado produtores de cuidados (Barros, 2021).

Os profissionais de saúde são a mão-de-obra do setor e representam os valores do sistema de saúde (WHO, 2006), utilizando conhecimento para promover, restaurar ou manter a saúde das populações e garantir disponibilidade, acessibilidade, efetividade e qualidade dos serviços (Campbell et al., 2013; WHO, 2006). Para a WHO (2016), os recursos humanos são o *input* mais importante dos sistemas de saúde, a sua força e resiliência, fundamentais na sua cadeia de valor (Campbell et al., 2013), atuando no *interface* entre a tensão exercida pelo contexto socio-organizacional das organizações de saúde e a sustentabilidade dos próprios sistemas de saúde (*idem, ibidem*).

Segundo a (WHO, 2016b), há um déficit global de recursos humanos em várias profissões da saúde. O Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde estimam ser necessário repor 18 milhões de profissionais qualificados em 2030, principalmente enfermeiros (WHO, 2016b). A esta problemática acresce o envelhecimento dos profissionais de saúde e a sua difícil substituição e retenção (WHO, 2016a, 2020), assim como as dinâmicas atuais de mobilidade e migração (WHO, 2020).

Por outro lado, a transição demográfica e epidemiológica, os estilos de vida, as dinâmicas económicas e o progresso tecnológico associado aos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2018), assim como a necessidade do controle da despesa em saúde, têm implicado grandes alterações nos sistemas de saúde, obrigando as organizações a ajustarem-se no sentido de aumentarem a produtividade e a intensidade do trabalho, num contexto altamente controlado, aumentando a insatisfação dos trabalhadores (Chênevert et al., 2013).

Estas questões produzem um impacto muito relevante nas organizações de saúde, nomeadamente na qualidade dos cuidados de saúde, na segurança dos doentes e no bem-estar dos profissionais, refletindo-se no absentismo laboral (Maass et al., 2017; Ticharwa et al., 2019).

O absentismo no setor da saúde é um fenómeno que reduz a efetividade dos cuidados de saúde e compromete a qualidade dos serviços, que se pretende elevada (Agapito & Cardoso De Sousa, 2010; Baydoun et al., 2016).

A escassez de profissionais de saúde é agravada pelo déficit de profissionais qualificados decorrentes do absentismo para garantir a segurança dos cuidados,

predispondo as organizações de saúde a perdas de produção por deficiente alocação de recursos humanos e elevados custos associados (Kisakye et al., 2016; Ticharwa et al., 2019).

Um estudo de Zhang et al. (2017), que avaliou a perda de produtividade devido a absentismo em equipas de saúde, confirma que a falta de um trabalhador nestes contextos tem um efeito multiplicador na produção da equipa de trabalho e organização, excedendo em muito os custos associados ao absentismo do trabalhador em falta.

Paiva et al. (2020), numa revisão abrangente da literatura, demonstram que, em contexto hospitalar, os fatores individuais e interpessoais relacionados com o cargo/função, bem como os fatores ambientais ou organizacionais, influenciam o absentismo dos profissionais de saúde, com impacto na produtividade e na continuidade de cuidados.

De acordo com a WHO (2012, 2016), o setor da saúde é um setor económico chave, gerador de emprego e conducente ao crescimento económico. Dados de 2014, referem que, nos países da OCDE, os profissionais deste setor representavam cerca de 11% do total da força de trabalho (WHO, 2016b). Globalmente, e segundo Kisakye et al. (2016), estima-se que cerca de 7% de trabalhadores da saúde tenham, pelo menos, um período de ausência em cada semana de trabalho, sendo a doença a sua causa principal.

Em Portugal, o setor da saúde é o segundo maior empregador da Administração Pública, sendo o grupo profissional de enfermagem o de maior dimensão, com 33,2%, seguido do grupo profissional médico, com 21,6% (Ministério da Saúde, 2018b).

Em 2018, os trabalhadores da saúde em Portugal, registaram mais de 3,9 milhões de dias de ausência ao trabalho, a que corresponde uma taxa de absentismo de 11,4%, distribuídos pelos grupos profissionais de enfermeiros, assistentes operacionais e médicos, ordenados por ordem decrescente de ausências (Ministério da Saúde, 2018b, p. 144)..

Considerando o (Ministério da Saúde, 2018b), os principais motivos de absentismo registados por parte dos trabalhadores do Ministério da Saúde foram a doença e a parentalidade, representando 46,7% e 31,5%, respetivamente.

Segundo Belita et al. (2013, p. 8), o absentismo representa um “barómetro do bem-estar psicológico e físico dos profissionais” e, igualmente, uma medida do desempenho do sistema de saúde, podendo comprometer os resultados em saúde e a confiança nos sistemas de saúde (Baydoun et al., 2016; Fujii, 2019).

3.2. Natureza e características do trabalho em saúde e absentismo

A natureza do trabalho em saúde reveste-se de alguma especificidade que consubstancia o comportamento dos seus profissionais, inclusivamente no caso do absentismo (Brborović et al., 2017).

O trabalho em saúde, de produção não-material, “completa-se no ato da sua realização” (Pires, 2000, p. 255), ou seja, o produto (cuidados de saúde) é indissociável do processo que o produz, correspondendo à realização da própria atividade assistencial. A relação entre utente (consumidor de cuidados de saúde) e profissional (produtor desses cuidados) estabelece-se no próprio ato da prestação de cuidados. Esta relação, não se restringe a uma relação meramente económica, mas, segundo Hesbeen (2000, p. 6), é, essencialmente, uma relação interpessoal entre a pessoa beneficiária de cuidados, que precisa de ajuda, e a pessoa prestadora de cuidados, que tem por missão ajudar. Assim, a dimensão de ajuda subjacente ao cuidar enforma um ideal moral de proteção e de preservação da dignidade humana que Watson (2002) designou de “*human care*”, vertido nos valores das profissões da saúde. A mão de obra em saúde é “gente que cuida de gente” (Lazure, 1994), pelo que os profissionais de saúde fazem um constante escrutínio moral da sua tomada de decisão e qualidade de cuidados que prestam às pessoas, assim como vivenciam sentimentos de angústia e sofrimento associados aos processos de transição saúde/doença/morte e ao seu envolvimento em eventos adversos ou erros clínicos (Cullati et al., 2017).

De acordo com Marin (2010, p. 22), “a decisão é um exercício constante” em saúde. Os processos de tomada de decisão assentam na procura e no uso da informação, utilizada intensivamente em todas as interações (Espanha, 2013) e considerada por Serrano (n.d.) como a “matéria-prima e produto acabado” das organizações de saúde.

Os profissionais de saúde trabalham constantemente com a heterogeneidade do dado clínico (Oroviogicoechea et al., 2008), pessoal e confidencial, e com preocupação da salvaguarda da prioridade e eficácia da informação entre os vários profissionais, em todos os pontos vulneráveis/críticos de transição de cuidados (DGS, 2017). Inerente ao conceito de transição de cuidados de saúde está a “transferência de responsabilidade de cuidados e de informação”, essencial à segurança e continuidade dos cuidados, num ambiente de elevada complexidade (DGS, 2017, p. 4). O *locus* onde ocorre torna o processo de tomada

de decisão muito mais difuso e muito mais crítico do que na maior parte das organizações (Ribeiro et al., 2004), resultando numa constante preocupação dos profissionais com a gestão dessa informação sensível e urgente (Cullati et al., 2017).

Segundo Brborović et al. (2017, p. 10), o ambiente social das organizações de saúde é muito complexo, incluindo uma estrutura formal e interações sociais informais.

A estrutura das organizações de saúde é mantida por meio de trabalho coletivo institucional (Pires et al., 2004), realizado por vários grupos profissionais, geralmente organizados em equipas multidisciplinares, que se complementam nos seus saberes e competências para cumprir o seu mandato social, comunicando e colaborando entre si (Cinaroglu, 2016). Contudo, a especialização das profissões da saúde conduziu à compartimentalização do trabalho, em que cada grupo profissional domina os conhecimentos para o exercício das atividades específicas da sua qualificação pessoal, prestando os cuidados de saúde de forma independente ou interdependente (Ribeiro et al., 2004).

O trabalho em saúde assenta em relações interprofissionais, onde cada profissão reconhece mutuamente a sua importância na prossecução dos objetivos assistenciais (Schmidt & McArthur, 2018).

A colaboração interprofissional é um componente importante do bom funcionamento do sistema de saúde, vista por Karam et al. (2018, p. 71) como dois ou mais profissionais de saúde com as suas regras específicas, desempenhando funções interdependentes e que estabelecem um acordo negociado sobre que áreas de conhecimento, perícia e colaboração cada parte mobiliza para o objetivo comum de cuidar. Segundo Tang et al. (2013), nos processos de colaboração interprofissional é essencial o respeito pela respetiva autonomia profissional, designada por (Ribeiro, 2011, p. 29) como “um modo de organização do trabalho com o objetivo de regulação social”, na tomada de decisão, responsabilidade e poder na gestão das situações clínicas. Essa colaboração assenta igualmente na confiança, respeito mútuo e comunicação efetiva (Tang et al., 2013).

Uma revisão integrativa realizada por Tang et al. (2013, p. 292) relativa à colaboração entre enfermeiros e médicos no hospital, aponta nesta “*friendly stranger relationship*” diferentes valores e filosofias de cuidar: “o mundo do curar” e o “mundo do cuidar” (Mintzberg & Glouberman, 2001, p. 58), a interdependência na tomada de decisão e aspetos sociológicos relacionados com relações históricas de poder nas organizações de

saúde, cujos estereótipos comprometem a autonomia profissional e o bem-estar pessoal no trabalho.

Ribeiro et al. (2004, p. 441) observam que, em contextos multidisciplinares de trabalho em saúde e em presença de agentes com “autoridades desiguais”, tende a verificar-se um confronto entre a complementaridade e a interdependência de funções, assim como conflitos na procura da autonomia dos profissionais envolvidos.

A deficiente colaboração interprofissional é apontada como responsável pela insatisfação profissional, percepção de falta de autonomia, dilemas éticos, baixos níveis de saúde, como exaustão e fadiga, entre os vários grupos profissionais da saúde (Baydoun et al., 2016; Beagan & Ells, 2007; Karam et al., 2018; J. Ribeiro, 2011; Tang et al., 2013). Estes fatores, segundo King et al. (2020), enquadram situações de *burnout*, tido como responsável por elevados níveis de absentismo em saúde. Já Kottwitz et al. (2018) referem que uma baixa autonomia nos processos de tomada de decisão está relacionada com o aumento da frequência do absentismo, influenciando a satisfação profissional e a resiliência do profissional de saúde.

Estes aspetos da organização do trabalho em saúde são considerados críticos (Cinaroglu, 2016). Na Estratégia Global dos Recursos Humanos para a Saúde: 2030, a Organização Mundial de Saúde evidência a importância de trabalhar as barreiras para a colaboração interprofissional como estratégia para a efetividade dos cuidados de saúde (WHO, 2016b).

A necessidade de manter a produção de cuidados de saúde durante 24 horas obriga à organização do trabalho por turnos, a que corresponde um trabalho irregular, com um horário não standard, com variância na entrada e saída ao trabalho, apontada por Vedaa et al. (2017), Ropponen et al. (2020) e Dall’Ora et al. (2016), como a principal razão para o absentismo elevado nas profissões da saúde.

Dall’Ora et al. (2016) sustentam que o trabalho por turnos no setor da saúde encerra alguma complexidade pela sua inter-relação com outros fatores observados neste contexto, como sejam o total de horas trabalho/semana, a necessidade de trabalho suplementar, o tipo de *roulement*, o trabalho noturno e os períodos de descanso. Já Gohar et al. (2020), consideram que o défice de profissionais nas unidades de saúde obriga a um horário irregular e com mais horas de trabalho, que conduz a fadiga por diminuição dos períodos de repouso.

Os trabalhadores do setor da saúde fazem de forma muito frequente e repetida períodos de trabalho não recomendados, como trabalho noturno superior a 8h e intervalos entre turnos inferiores a 11 horas, em cada escala de trabalho. Estudos referidos por Vedaa et al. (2017) salientam que a falta de recuperação entre turnos conduz a perturbações do sono, fadiga e exaustão, sintomas que se acentuam nos turnos subsequentes. A relação entre o elevado número de horas de trabalho semanal, os “*quick returns*” ao trabalho e o risco de absentismo de curta duração dos profissionais é estabelecida por Ropponen et al. (2020, p. 793).

Os profissionais da saúde estão comprometidos com códigos de ética que aumentam o seu compromisso com a organização, com os doentes e com a equipa de trabalho (Brborović et al., 2017). Segundo Sexton et al. (2017, p. 1), quem escolhe as profissões de cuidar aceita como natural fazer sacrifícios pelo seu trabalho, hesita em faltar ao serviço, em sobrecarregar os colegas e em reduzir a qualidade dos cuidados aos doentes (Brborović et al., 2017), numa valoração altruísta relacionada com a compaixão, empatia e o melhor interesse do doente (Schmidt & McArthur, 2018). Os trabalhos de Gohar et al. (2020) corroboram esta ideia, acrescentando que os profissionais de saúde se sentem culpados por não comparecerem ao trabalho, mesmo se doentes. Igualmente, muitos profissionais de saúde incluídos neste estudo, referem sentir angústia e insatisfação mesmo quando não estão ao trabalho, porque a sua experiência lhes diz que podem ser chamados para trabalhar, por falta não prevista de outro profissional (Gohar et al., 2020).

Esta cultura de continuidade de cuidados fortemente enraizada nas organizações de saúde tende a normalizar comportamentos dos profissionais relativos ao absentismo (Gaudine & Gregory, 2010) e ao presentismo (Krane, Larsen, et al., 2014).

A elevada carga do trabalho em saúde é outra das suas características que surge relacionada com o absentismo, tanto de curta como de longa duração, entendida como uma estratégia do trabalhador para recuperar e/ou evitar a carga de trabalho associada à atividade profissional (Belita et al., 2013; Kottwitz et al., 2018; Mudaly & Nkosi, 2015; Nunes Barbosa & Sousa Alves, 2015; Ticharwa et al., 2019).

Na Finlândia, um estudo de Kivimäki et al. (2001) relativo ao absentismo, indicou que a sobrecarga de trabalho aumentava o risco de curtos períodos de absentismo nos médicos e enfermeiros. No Canadá, outro estudo correlaciona positivamente a sobrecarga de trabalho nos médicos com o aumento do absentismo (Williams et al., 2007). Também

Rauhala et al. (2007), salientam, que uma vez ultrapassado o ponto ótimo de sobrecarga de trabalho em 15% ou mais, o risco de absentismo aumenta, tanto o de curta como o de longa duração.

A relação entre características do trabalho em saúde, absentismo e qualidade de cuidados tem sido alvo de análise. Unruh et al. (2007), num estudo de avaliação do impacto do absentismo em enfermeiros na qualidade dos cuidados de saúde, demonstraram que o absentismo, em conjunto com a grande sobrecarga de trabalho dos profissionais que permaneciam a assegurar os cuidados de saúde, conduzia a um aumento de reportes de incidentes críticos, maior utilização de equipamento de contenção dos doentes e aumento do número de mortes; Tang et al. (2013) e Duclay et al., (2015) demonstraram que a segurança dos pacientes é particularmente afetada quando a sobrecarga de trabalho está associada ao *burnout* dos profissionais; (Gohar et al., 2020), sugerem que a sobrecarga do horário de trabalho por défice de efetivos nas equipas aumenta os níveis de fadiga e a probabilidade de acidentes de trabalho.

3.3. Fatores organizacionais e absentismo

O comportamento organizacional face ao absentismo assenta em políticas de gestão que promovam uma estratégia simbólica na cultura de absentismo, com expectativas de desempenho partilhadas com os trabalhadores, estratégias efetivas de apoio e empoderamento, desenvolvimento profissional e pessoal (Kisakye et al., 2016) . A ausência de modelos promotores do bem-estar do trabalhador (Sexton et al., 2017) e conciliadoras do balanço entre trabalho e família (Baydoun et al., 2016), salientam os percursos de absentismo nas organizações (OECD, 2017; Sexton et al., 2017).

Damart & Kletz (2016), referem a influência das práticas de gestão dos recursos humanos nas organizações de saúde sobre o absentismo, nomeadamente por via da contratação e fixação dos trabalhadores e de mecanismos de promoção e recompensa.

As características da organização de saúde e a sua cultura, influenciam, não só a solidariedade e coesão das equipas de trabalho (Damart & Kletz, 2016), mas também a satisfação laboral (Mudaly & Nkosi, 2015) . É enfatizado em Kisakye et al. (2016) que a satisfação profissional e o absentismo são fortemente determinados pelo comprometimento dos trabalhadores com a organização. Assim, a satisfação com o trabalho está relacionada com o nível de comprometimento com a organização e tem uma

relação inversa com o absentismo e a rotatividade (*turnover*) (Ticharwa et al., 2019).² King et al. (2020, p. 4) referem existir evidência recente de que métodos que potenciam o comprometimento dos trabalhadores com a organização, são eficazes na redução do *burnout* e do absentismo em saúde.

A liderança das equipas de trabalho em saúde desempenha um importante papel na qualidade do trabalho (OECD, 2017), devendo estar capacitada para conciliar as metas organizacionais com o bem-estar e saúde dos profissionais (Paiva et al., 2020).

A liderança é determinante para o clima social no trabalho (OECD, 2017). De acordo com Baydoun et al. (2016, p. 102), os gestores têm a responsabilidade de criar relações positivas e de confiança, bem como um ambiente de trabalho amigável. Um ambiente psicossocial positivo promove o bom desempenho e o desenvolvimento pessoal, o bem-estar mental e físico dos trabalhadores (EU-OSHA, 2018), bem como ajuda a promover um sentimento de pertença, diminuindo o absentismo voluntário e outros determinantes organizacionais do absentismo e presentismo.

O estilo de liderança tem um elevado impacto no absentismo dos profissionais de saúde (Baydoun et al., 2016; Belita et al., 2013; Damart & Kletz, 2016; Dhaini et al., 2016; King et al., 2020; Mudaly & Nkosi, 2015; Ticharwa et al., 2019). A relação entre profissionais e os seus superiores hierárquicos e a pressão exercida, nomeadamente sobre comportamentos relativos ao absentismo, afetam diretamente o absentismo por doença (Paiva et al., 2020). O estudo de Chênevert et al. (2013), que relaciona o papel da perceção de justiça, *burnout* e comprometimento na compreensão do absentismo no setor da saúde no Canadá, demonstra que, apesar de não haver uma relação direta entre as questões de justiça organizacional e o absentismo, elas relacionam-se indiretamente por via de sinais psicossomáticos e de exaustão. Sugere que, nas organizações de saúde, a gestão deva envolver os profissionais nos processos de tomada de decisão, com vista a aumentar a sua

² Não existe consistência na definição de turnover. A definição mais frequentemente utilizada na literatura refere o turnover como um processo de transferência do trabalhador dentro da organização. A definição compreende o turnover voluntário e involuntário, embora a diferenciação e comparação entre ambos seja difícil. Alguns autores definem o turnover simplesmente como qualquer mudança de trabalho, enquanto outros o definem como o abandono da organização ou da profissão (Kovner et al., 2014).

percepção de justiça distributiva, reduzindo assim a exaustão e o absentismo, indiretamente.

Damart & Kletz (2016) salientam a importância que o reconhecimento e respeito pelas capacidades de liderança dos superiores hierárquicos tem sobre os comportamentos dos profissionais relativamente ao absentismo.

Nas organizações de saúde, o nível de pressão sobre a produtividade é um bom preditor do absentismo (Kottwitz et al., 2018; Krane, Johnsen, et al., 2014). O trabalhador sente grande pressão no tempo laboral (Kottwitz et al., 2018), no sentido de priorizar o trabalho, intensificada pela complexidade das situações clínicas e volume de trabalho (Sexton et al., 2017), controlo limitado sobre o seu ritmo de trabalho e autonomia (Eurofound, 2012), sendo um fator gerador de grande carga psicológica e altos níveis de stress, conduzindo a períodos de absentismo por doença ou como estratégia individual para interromper este ciclo (Davey et al., 2009).

Sexton et al. (2017), apontam as políticas organizacionais em saúde, que, pela natureza do trabalho e pelo défice de profissionais, obrigam o trabalhador a estar sempre contactável, o que não possibilita o seu efetivo afastamento do ambiente de trabalho.

3.4. Fatores individuais e absentismo

A idade é um dos fatores sociodemográficos que contribui para os padrões de absentismo em saúde (Burmeister et al., 2019; Krane, Johnsen, et al., 2014). Belita et al. (2013), referem que o absentismo planeado é mais prevalente em profissionais de saúde mais jovens, enquanto o absentismo não planeado e de longa duração, ocorre em profissionais mais velhos, geralmente associado a doença (Belita et al., 2013) e ao trabalho por turnos (Ropponen et al., 2020).

Um estudo de (Krane, Johnsen, et al., 2014), que analisa as tendências do absentismo no setor da saúde em países nórdicos, confirma o absentismo de curta duração como mais prevalente nos profissionais mais jovens, facto atribuído a um menor comprometimento com a organização. Um estudo internacional de (Burmeister et al., 2019), relativo aos determinantes do absentismo em enfermeiros em sete países, confirma que os profissionais mais velhos têm menor tendência para faltar ao trabalho.

Nas profissões da saúde, o género feminino apresenta maior absentismo do que o género masculino (Belita et al., 2013). Para além da força de trabalho em saúde ser

constituída sobretudo por mulheres (WHO, 2016b), com o absentismo inerente por maternidade, estas vêm aumentada a probabilidade de faltar ao trabalho pelas responsabilidades familiares que lhe são atribuídas socialmente, nomeadamente no cuidado aos filhos ou familiar mais velho (Ticharwa et al., 2019).

Segundo Paiva et al. (2020), , no grupo profissional de enfermagem, os fatores relacionados com o cargo e função, nomeadamente a reorganização do trabalho e fatores associados e o tipo e carga de trabalho a que estão expostos, afetam diretamente o absentismo destes profissionais, principalmente por motivo de doença, mas igualmente como forma de reduzir a exposição a esses fatores.

No setor da saúde, o absentismo no grupo profissional de enfermagem é o mais elevado, em comparação com os outros grupos profissionais (Baydoun et al., 2016; Gohar et al., 2020), assim como o presentismo (Dhaini et al., 2016). Para Saruan et al. (2020), a enfermagem é descrita como a principal força de trabalho nas organizações de saúde, responsável pela contínua vigilância e manutenção dos doentes, cuidando, aliviando a dor, o sofrimento e prevenindo riscos, numa especificidade profissional que predispõe à ocorrência de absentismo, quer planeado, quer não planeado. O absentismo dos enfermeiros conduz à diminuição do rácio enfermeiro/doente, comprometendo a segurança dos cuidados e conduz à sobrecarga do horário de trabalho dos restantes trabalhadores, para fazer face ao défice de pessoal (Baydoun et al., 2016). O absentismo destes profissionais representa um encargo significativo para as organizações, uma vez que a sua ausência deve ser colmatada no sentido de assegurar a continuidade de cuidados durante 24 horas por dia (Gohar et al., 2020).

No grupo profissional médico, a categoria e cargo do profissional relaciona-se inversamente com a taxa de absentismo. Quanto mais elevada a categoria profissional do médico, menor o seu absentismo (Murphy, 2014). O estudo de Murphy (2014), que pretendeu comparar a doença auto-reportada pelos médicos no Reino Unido com os registos do empregador, conclui que a duração média da primeira é estatisticamente superior à segunda, o que, na sua opinião, leva a concluir pela subnotificação da doença e pela necessidade de estudar o fenómeno do presentismo neste grupo profissional.

A condição individual de saúde dos profissionais de saúde está diretamente relacionada com o nível elevado de absentismo neste setor (Ticharwa et al., 2019), sua frequência e duração (Belita et al., 2013).

No Canadá, uma avaliação sobre os efeitos do absentismo no sistema de saúde demonstrou que os profissionais de saúde faltavam ao trabalho 1,5 mais vezes por motivo de doença do que os trabalhadores de outros setores, correspondendo a 7,2% do tempo de trabalho disponível, comparativamente a 4,8% para outros trabalhadores (Sibbald, 2002).

Para Sexton et al. (2017), o propósito e significado social do trabalho em saúde é acompanhado por uma exigência inerente às profissões, o que concorre para a observância de situações de trabalhadores pouco saudáveis. Por outro lado, a percepção de um trabalho não reconhecido socialmente e pela organização, constitui um risco psicossocial para o profissional de saúde, com implicações na sua saúde e bem-estar, sendo observado em 60% dos trabalhadores do setor da saúde, segundo a OECD (2017).

Gohar et al. (2020), estudando os fatores associados ao absentismo por doença em enfermeiros no Canadá e utilizando a metodologia de *focus group*, identificou como temas fortemente relacionados com absentismo por doença: a) características do trabalho; valor da segurança percebida na organização, relacionada com a obrigação do cuidado; b) impacto na saúde física; c) o impacto dos fatores emocionais no bem-estar.

A organização do trabalho em saúde, tal como já descrita anteriormente, apesar de compensada por incentivos financeiros previstos, tem um impacto negativo na saúde física e mental dos profissionais (King et al., 2020; Ropponen et al., 2020; Ticharwa et al., 2019), sendo o trabalho por turnos a principal componente do trabalho em saúde que mais pode afetar o bem-estar dos profissionais (Dall’Ora et al., 2016).

Segundo (King et al., 2020; Ticharwa et al., 2019), o horário de trabalho compactado e o seu padrão rotativo conduzem a fadiga e *burnout*, fortemente relacionados com o absentismo em saúde, estudados principalmente no grupo profissional de enfermagem. De acordo com (Ropponen et al., 2020), estes fatores relacionam-se com a recuperação e adaptação ao trabalho noturno, com distúrbios do sono e do ritmo circadiano, fadiga e redução das oportunidades de descanso e do tempo sem responsabilidades relacionadas com o trabalho. A OECD (2017) considera que os trabalhadores com esta organização atípica dos horários sentem-se bastante exaustos no final de cada dia de trabalho, com efeitos cumulativos, e reconhecem a sua saúde em risco.

A sobrecarga do trabalho, a pressão sobre o tempo de trabalho e questões relacionadas com insegurança no trabalho, surgem associadas ao absentismo (Roelen et al., 2018) , mas principalmente ao presentismo (Krane, Larsen, et al., 2014)

Outros fatores que aumentam a probabilidade do absentismo por doença são referidos em estudos de Gohar et al (2018) e dizem respeito ao trabalho em contextos profissionais de pediatria e psiquiatria (Gohar et al., 2020)

A capacidade para trabalhar depende do tipo e exigência do trabalho (Krane, Johnsen, et al., 2014). Segundo a OECD (2017), os trabalhadores da saúde estão expostos a um dos maiores níveis de intensidade de trabalho de todos os setores de atividade, apresentando como situação de doença física predominante as doenças musculoesqueléticas (Amaro et al., 2018). Alguns grupos profissionais, como os enfermeiros, os médicos cirurgiões e as assistentes operacionais, estão mais expostos a este tipo de doenças devido às posturas e movimentos mecânicos no desenvolvimento da atividade profissional, responsáveis pelo absentismo (Ticharwa et al., 2019). A atividade em saúde obriga à permanente exposição a fatores biológicos e químicos, aumentando o risco potencial de infeções transmitidas pelo contacto direto ou indireto com o doente e o ambiente de cuidados (EU-OSHA, 2014a), que também dá conta do aumento da resistência microbiana por parte dos profissionais de saúde e da diminuição do sistema imunitário, com quota parte de responsabilidade no absentismo e presentismo destes trabalhadores.

O trabalho é habitualmente benéfico para a saúde mental dos indivíduos (Roelen et al., 2015). É dito por Van Den Broeck et al. (2017), que os profissionais de saúde reportam exigências cognitivas superiores, comparativamente a trabalhadores de outros setores. Por (Damart & Kletz, 2016),é salientado que, habitualmente, estes trabalhadores têm capacidades técnicas elevadas e uma melhor capacidade para resolver problemas complexos, características que produzem um efeito negativo no absentismo, aumentando a probabilidade da sua ocorrência. Para além disso, as elevadas exigências emocionais do trabalho, relacionadas com a constante exposição a problemas de saúde grave, à morte e ao sofrimento, afetam o bem-estar mental dos profissionais de saúde, muitas vezes por longos períodos (Cullati et al., 2017; Ticharwa et al., 2019).

A OECD (2017), refere que as questões da saúde mental associadas ao trabalho têm grande impacto no absentismo em saúde, onde a exposição prolongada a vários fatores psicossociais conduz a distúrbios psicológicos (NIOSH, 2008), preditores de baixos

níveis de saúde mental, fadiga e burnout. De acordo com Thorsen et al. (2019), a relação entre exposição a condições ou eventos negativos no trabalho e absentismo por doença é estabelecida pela presença de sintomas de stress, como burnout e fadiga, prevalentes nos profissionais de saúde (NIOSH, 2008). King et al. (2020) salientam o *burnout* como estando associado a baixos níveis de saúde dos profissionais de saúde, como exaustão, fadiga e fortemente relacionado com insatisfação laboral e elevados níveis de absentismo.

O *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH, 2008, p. 8), define o stress laboral como a resposta física e emocional nociva relativa às exigências do trabalho, perante as quais o trabalhador não tem capacidades ou recursos para lidar. Este conceito remete para as condições de trabalho com eventos ou características negativos, para a perceção subjetiva, individual do nível de stress e ainda para os sintomas, como reações psicológicas e mentais ao mesmo (Thorsen et al., 2019). Para a EU-OSHA (2018), as exigências ou desafios que o contexto laboral impõe devem ser considerados como elementos de pressão sobre o trabalhador.

O stress percebido, em indivíduos com elevada exposição a agentes de stress laboral (nos quais se enquadram os profissionais de saúde), pode gerar alterações no comportamento de absentismo, conduzindo a longos períodos de presentismo (Elstad & Vabø, 2008; Musich et al., 2006), seguidos de absentismo de longa duração (Thorsen et al., 2019).

Apesar das características individuais e outros recursos de apoio poderem modificar o comportamento dos indivíduos, as características e condições do trabalho são decisivas para o desenvolvimento de stress e *burnout* (Eurofound, 2018). Para este autor, a constante exposição do profissional a fatores extenuantes de trabalho é responsável por exaustão, particularmente emocional, e fadiga extrema, observada principalmente no setor de serviços de saúde.

Segundo o (Eurofound, 2018), a evidência recente aponta para os riscos psicossociais do contexto de trabalho, com especial ênfase para longas horas de trabalho e "*fast and dense work*", mas também para os riscos relacionados com conflitos éticos e de valores, conflitos de papel e autonomia, injustiça e baixa remuneração, que configuram um ambiente social laboral pouco humanizado, resultando na diminuição da capacidade para o trabalho e no aumento considerável do risco de absentismo.

Do exposto, podemos concluir que o ambiente social do trabalho em saúde reúne vários eventos e condições negativas que concorrem para a ocorrência de absentismo e presentismo dos profissionais, e que resumimos:

- a) exposição permanente a défice de profissionais (Brborović et al., 2017; Burmeister et al., 2019; Duclay et al., 2015; Mudaly & Nkosi, 2015; WHO, 2016);
- b) sobrecarga do trabalho, longas horas de trabalho, trabalho organizado por turnos (Brborović et al., 2017; Dall’Ora et al., 2016; Mudaly & Nkosi, 2015; Nunes Barbosa & Sousa Alves, 2015; Ticharwa et al., 2019);
- c) exigências emocionais (Brborović et al., 2017; Burmeister et al., 2019; Nunes Barbosa & Sousa Alves, 2015; Roelen et al., 2015);
- d) conflitos trabalho/família (OCDE, 2017; Burmeister et al, 2018; Saruan et al, 2020);
- e) conflitos éticos e de valores (Eurofound, 2018);
- f) relações sociais no trabalho tensas (Burmeister et al., 2019; Saruan et al., 2020).
- g) pressão sobre o tempo e sobre a produtividade (Dhaini et al., 2016; Krane, Johnsen, et al., 2014);
- h) perceção da qualidade de cuidados prestados (Agapito & Cardoso De Sousa, 2010; Duclay et al., 2015; WHO, 2010);

efeito dominó do absentismo nas equipas (King et al., 2020), referindo o efeito que resulta da sobrecarga de trabalho nas equipas que permanecem ao serviço, em consequência de absentismo de outros profissionais, conduzindo ao *burnout*. (Roelen et al., 2015) considera que este efeito ocorre porque os profissionais, nestas circunstâncias, não recuperam suficientemente do esforço que fazem para manterem os cuidados de saúde.

4. ANÁLISE CUSTO-BENEFÍCIO

No setor da saúde, os trabalhadores e o equipamento produtivo coexistem com aspetos específicos do contexto organizacional e a particularidade da “extensão dos problemas económicos e a sua combinação num único setor”, como referido por Barros (2021, p. 29).

Sendo consensual que a atividade em saúde conduz a alterações do estado de saúde das populações, não existe, contudo, uma relação direta entre cuidados de saúde e nível de saúde produzido, facto implícito na definição de saúde (Elliott & Payne, 2015). Atualmente, à produção de saúde correspondem pequenos ganhos em saúde, onde são necessários aplicar cada vez mais recursos (Barros, 2021), num ambiente económico de escassez (Elliott & Payne, 2015), o que conduz à necessidade de processos de tomada de decisão racional, com vista à maximização dos ganhos com os recursos disponíveis (*idem, ibidem*).

O cenário de escassez exige a necessidade de escolhas e definição de prioridades, considerando alternativas socialmente convenientes (Boardman et al., 2018), sendo a presença de alternativas fundamental para conduzir uma análise que permita o processo de escolha (Brent, 2003). As escolhas são baseadas em vários critérios que se procuram explicitar sob a forma de valores sociais, principalmente quando são realizadas em benefício de uns, mas os seus custos são suportados por outros (Drummond et al., 2015).

Em qualquer intervenção em saúde estão associados *inputs* e *outputs*, descritos por (Drummond et al., 2015), como custos, e por Elliott & Payne (2015), como os recursos necessários para a obtenção de resultados. A relação estabelecida entre os custos, que traduzem o que foi renunciado, e as consequências, referindo-se aos benefícios totais esperados, constituem a decisão entre alternativas (Drummond et al., 2015)..

Segundo Drummond et al. (2015, p. 4), a avaliação económica permite uma análise comparativa de duas alternativas em termos dos seus custos e consequências. Ao identificar, medir e comparar, procura fornecer subsídios que enformem a tomada de decisão em saúde, ao mesmo tempo que propicia a oportunidade de uma adequada prestação de contas, aumentando globalmente o valor social por vias das melhores decisões, justas e eficientes.

Para Elliott & Payne(2015), a alocação de recursos deve atender ao benefício que pode derivar da sua utilização, na sua melhor alternativa de uso. Num mercado imperfeito como o da produção de cuidados de saúde, com um consumo coletivo, a alocação de recursos deve ter por base intervenções motivadas pela sociedade, considerada globalmente (Andersson, 2018).

A ACB é um tipo de análise económica cuja abordagem está relacionada com o resultado final de uma intervenção sob a forma da máxima satisfação do consumidor/doente, refletindo o que é mais desejável para a sociedade (Brent, 2003). Enquadra-se no propósito de apoiar a tomada de decisão, aumentando o valor social, ou seja, a eficiência da alocação, ao focar-se nos custos e benefícios sociais como um todo, e conduzindo uma avaliação que permite fundamentar a decisão de maior valor para todos os membros da sociedade, traduzida pelo critério **Benefício>Custo (B>C)** (Boardman et al., 2018; Brent, 2003).

4.1. Origem e aspetos concetuais

A origem da ACB aparece ligada a Sir William Petty que, em 1665, atribui um valor à vida de cada londrino e o comparou com o custo do seu transporte e tratamento fora da cidade, intervenção necessária para evitar a doença e salvar vidas e justificando, assim, a intervenção do governo (Boardman et al., 2018). Contudo, vários autores consideram que, historicamente, a análise custo-benefício teve o seu início em meados do século XIX, com a noção do excedente de consumo e utilidade associados ao engenheiro Jules Dupuit (1884) e, mais tarde, formalizada pelo economista Alfred Marshall (1890) (Andersson, 2018; Ocneanu & Bucsa, 2013; R. O. Zerbe Jr, 2010). O valor das externalidades, inerente à diferença entre custos privados e custos sociais, foi desenvolvido pelo economista Arthur Pigou (1920), e é referido por Andersson(2018) como central para o desenvolvimento da ACB, requerendo como norma na análise, uma estimacão de benefícios e custos.

Apesar da sua origem, a primeira utilização da ACB remonta ao século XIX, nos EUA, pela US Army Corp of Engineers, com a criação de métodos sistemáticos de análise e avaliação baseados na comparação entre custos financeiros, não financeiros e benefícios de investimentos na área da navegação (The Chicago Chapter of the American Statistical Association, 2011; Ocneanu & Bucsa, 2013). A aplicação da Lei Federal de 1932 (Flood

Control Act), que definiu que os “benefícios de um projeto deveriam exceder os seus custos”, marca o desenvolvimento da ACB nos EUA (Ocneanu & Bucsa, 2013, p. 114).

Segundo o The Chicago Chapter of the American Statistical Association (2011), a redefinição da metodologia de ACB segundo standards económicos acontece em meados dos anos 50 do século XX, com o alargamento da abrangência dos valores monetários associados, resultando na sua utilização em todas as despesas federais e atividade regulada. O grande impacto na sua utilização nos EUA aconteceu no governo de Ronald Reagan, com a declaração de 1982: “*Regulatory action shall not be undertaken unless the potential benefits to society for the regulation outweigh the potential cost to society*” (Andersson, 2018, p. 4).

A ACB começou a ser utilizada correntemente a partir da década de 70, em vários países desenvolvidos e em diferentes áreas económicas e sociais públicas (Robinson, 1993). Várias instituições financeiras internacionais como, por exemplo, o Banco Mundial e a Comissão Europeia, passaram a considerá-la imprescindível nos seus projetos e programas, desenvolvendo guias para áreas económicas de interesse comum (Boardman et al., 2018; Ocneanu & Bucsa, 2013).

Em termos conceptuais, a ACB assenta nos conceitos de eficiência e de bem-estar económico, traduzidos pelo critério de eficiência de Pareto, segundo o qual, em resultado de uma alteração na alocação de recursos, pelo menos uma pessoa ficará em melhor situação, sem colocar nenhuma outra em pior situação (Boardman et al., 2018). Assim, na escolha de uma alternativa, a sua utilidade deve ser superior à de outra (R. O. Zerbe Jr, 2010; Zerbe, 2013), tendo como ponto de referência a situação atual, ou seja, a posição inicial dos elementos da sociedade (Boardman et al., 2018).

O critério da compensação económica de Kaldor-Hicks (1930) foi introduzido como regra de decisão na ACB, numa lógica de “quem ganha compensa quem perde”, ficando, mesmo assim, em melhor posição, maximizando o bem-estar (Andersson, 2018, p. 4). De acordo com (Boardman et al., 2018, p. 33), o critério de Kaldor-Hicks sustenta a regra de potencial de Pareto, designada igualmente como critério do benefício líquido e que se traduz em: “*adopt only policies that have positive net benefits*”.

Amplificando o conceito de valor social, a ACB expressa as consequências de uma intervenção para todos os membros da sociedade, quantificando-as em termos

monetários, com o objetivo de facilitar a comparação das alternativas (Boardman et al., 2018).

Em saúde, a ACB mede os resultados das alternativas em análise, utilizando valores monetários anexados à produção do estado de saúde (Elliott & Payne, 2015). A fixação de valores monetários aos resultados em saúde permite dizer se uma determinada intervenção oferece ganho para a sociedade, no sentido em que o total dos seus benefícios ultrapassa o total dos seus custos (Robinson, 1993), permitindo a expressão dos sujeitos sobre os benefícios dos cuidados de saúde em qualquer dimensão, seja médica ou não médica, como é o caso da forma como se sentem relativamente ao processo de cuidar, a ansiedade associada a exames de diagnóstico ou tratamento (*idem, ibidem*).

A avaliação monetária dos diferentes efeitos das intervenções é realizada utilizando preços de mercado, no entanto, quando os mercados não funcionam ou simplesmente não existem para alguns dos critérios em apreciação, os indivíduos podem expressar a sua vontade de pagar ou aceitar compensação, por diferentes resultados. Para (Boardman et al., 2018), uma ACB abrangente de intervenção em cuidados de saúde, deverá utilizar a abordagem da vontade de pagar para avaliar os benefícios, avaliando o montante que cada indivíduo está disposto a pagar para obter o impacto produzido pela medida. Segundo (Brent, 2003, p. 321), o conceito de “*willing to pay*” é o cerne da ACB, uma vez que operacionaliza o objetivo de eficiência.

As pessoas obtêm satisfação se estiverem dispostas a pagar por algo que os coloque numa melhor situação, mas devem ter em linha de conta o valor de que estão dispostas a abdicar para obter esse benefício, ou seja, o custo de oportunidade (Brent, 2003), que representam os *inputs* necessários para a implementação que se pretende (Boardman et al., 2018). O custo de oportunidade faz depender a decisão se os benefícios que uma alternativa oferece, comparativamente a outras, são suficientes para justificar qualquer custo adicional (*idem, ibidem*).

O aumento do bem-estar social inerente ao objetivo da ACB, carece muitas vezes de clarificação, tendo em conta que é um conceito evasivo ou inatingível (R. O. Zerbe Jr, 2010), tornando o exercício da sua aplicação mais complexo.

4.2. A valorização monetária de bens como a saúde, a vida humana ou a sua qualidade, a esperança média de vida releva-se muito difícil, uma vez que são *non-market goods*, podendo conduzir a falhas na medição de todos os custos relevantes (Hwang, 2016). Benefícios e custos na ACB

Benefício e custo são definidos em termos da mudança de bem-estar ou utilidade que podem gerar (Hwang, 2016) e o ponto de decisão na ACB resulta do nível de comparação das alternativas (Zerbe Jr, 2010).

Roberts (1998) entende por benefício qualquer bem ou serviço que alguém está disposto a pagar ou a sacrificar-se para obter, correspondendo ao efeito positivo de uma alternativa. A preferência individual pelo ganho, em forma de projetos ou bens, é mensurável pela vontade individual de pagar pelo mesmo (Zerbe Jr, 2010).

Ainda segundo Roberts (1998), um benefício de saúde é o que permite obter ganho em termos de redução de custos em saúde ou aumentar a saúde dos indivíduos. Neste contexto, o benefício pode ser sob a forma de: 1) poupança direta do recurso consumido em saúde; 2) poupança indireta, evitando perdas de produtividade através da prevenção/produção de cuidados de saúde, ou 3) poupança intangível. O benefício pode ser medido em termos monetários ou não monetários e ser agregado, para comparação de benefícios de vários programas (*idem, ibidem*).

Quanto ao custo, (Zerbe Jr, 2010) considera que ele representa o custo social atual e o valor dos efeitos negativos de um programa. Já Roberts (1998) vê o custo como os recursos gastos no desenvolvimento de uma atividade, podendo também compreender os benefícios sacrificados por opção das escolhas feitas (custo de oportunidade). A preferência individual pelos custos é mensurável pela vontade individual de os aceitar - o preço pelo qual alguém estaria disposto a vender um bem que possui, expressando igualmente o montante mínimo aceite para renunciar a um bem ou suportar algum dano (Hwang, 2016).

Considerando Robinson (1993), a ACB consegue anexar valor de uma intervenção, com impacto em saúde ou não. O autor dá conta de alguns efeitos não médicos, como a forma como os pacientes se sentem relativamente ao processo de cuidar, a ansiedade associada a exames de diagnóstico ou tratamento. Para Brent (2003), o impacto deve ter em conta o hospital, os profissionais e os consumidores, os doentes, mas igualmente os envolvidos indiretamente, como as suas famílias.

4.3. Tipos de ACB

Os tipos de ACB referem-se à sua realização em relação às várias etapas do “ciclo de vida da alternativa” (Boardman et al., 2018, p. 3).

a) O tipo de ACB *ex ante*, também designada de prospetiva, refere-se à análise conduzida antes da tomada de decisão da implementação de uma medida e informa relativamente à alocação concreta de recursos ao projeto ou intervenção em análise.

Segundo Boardman et al. (2018), o tipo de ACB *ex ante* permite responder à questão se o projeto ou intervenção terá um benefício líquido social positivo.

b) O tipo de ACB *ex post*, ou retrospectiva, ajuda a responder à questão se o projeto ou programa foi uma boa ideia. É realizada depois de um projeto ou medida estarem concluídos e implementados e, portanto, não permite a reversão da decisão da alocação de recursos. No entanto, revela-se útil para reunir um conjunto de informação relativa aos custos e benefícios, que possa ser utilizada em intervenções futuras similares e ajudar na decisão de prosseguir com as mesmas, incorporadas numa análise *ex ante*. O seu potencial benefício depende da similitude entre os projetos (Boardman et al., 2018).

c) Os estudos que permitem uma análise posterior à tomada de decisão, também designados de ACB *in medias res*, têm utilidade em projetos longos no tempo, que já estão a decorrer, mas nos quais se pretende clarificar a utilidade da sua continuação. Este tipo de ACB pode ser conduzido em qualquer altura depois da tomada de decisão relativa ao projeto, mas antes da sua conclusão, podendo recomendar a conclusão ou qualquer modificação (Boardman et al., 2018).

4.4. Principais etapas na realização da ACB

De acordo com Zerbe Jr & Bellas (2006), a execução de uma ACB pode ser complexa e demorada, nomeadamente logo na fase da definição dos custos e dos benefícios. Por outro lado, enquanto alguns bens (*inputs ou outputs*) têm valores monetários conhecidos e preços estáveis, outros podem sofrer alterações durante o desenvolvimento da análise e outros ainda não serem bens transacionáveis em mercado, necessitando de outros métodos para a sua quantificação.

A ACB considera vários passos distintos, com o objetivo de contemplar todas as alternativas e possibilitar a melhor tomada de decisão na alocação dos recursos (Zerbe Jr

& Bellas, 2006), o que, em saúde, pode ser um exercício difícil, mas de extrema relevância (Barros, 2021).

Considerando o contributo de (Boardman et al., 2018), os principais passos de uma ACB resumem-se no quadro 1 e serão descritos de seguida.

Quadro: 1 – Principais passos da Análise Custo-benefício

Passos	Descrição
1	Explicitar o propósito da ACB
2	Especificar o conjunto das alternativas
3	Identificar os custos e benefícios relevantes
4	Identificar as categorias dos impactos, catalogar e identificar métricas
5	Quantificar os impactos durante o ciclo de vida do projeto
6	Atribuir valores monetários a todos os impactos
7	Deduzir benefícios e custos para obter o valor atual
8	Calcular o valor líquido de cada alternativa
9	Realizar uma análise de sensibilidade
10	Formular uma recomendação

Fonte: Broadman et al, 2018.

Passo 1 – Explicitar o propósito da ACB

Explicitar o propósito da ACB pressupõe explicitar qual é a fundamentação para considerar conduzir a análise. Sendo objetivo da ACB o aumento do bem-estar social, especificamente por via da eficiência na alocação dos recursos, a fundamentação para a sua realização corresponde geralmente a falhas no mercado ou na administração pública, que devem ser descritas para enquadrar se uma intervenção em particular é mais eficiente do que não intervir ou do que outras alternativas.

Passo 2 - Especificar o conjunto das alternativas

Especificar o conjunto de alternativas de uma intervenção é referida como uma etapa difícil da análise, dado o número de potenciais alternativas que podem existir. A ACB deve incluir alternativas relevantes, que carecem de ser clarificadas, e identificar os pontos

onde são mutuamente exclusivas (Zerbe Jr & Bellas, 2006). A escassez dos recursos existentes, habitualmente obrigam à redução do número de alternativas em análise. A ACB compara uma ou mais alternativas com a que existe, que irá perdurar até se concluir que a análise conduz a uma outra alternativa mais eficiente.

Passo 3 - Identificar os custos e benefícios relevantes

Qualquer intervenção em saúde envolve *inputs*, sob a forma de trabalho, capital ou outros, que serão transformados em *outputs*. A medida agregada dos *inputs* é designada de custos, corresponde a todos os recursos envolvidos na intervenção e apresenta-se sob a forma de unidade monetária (Boardman et al., 2018).

Os *outputs* são os resultados da intervenção, podendo apresentar-se de várias formas, são designados de efeitos e apresentam-se em unidades naturais ou na mesma unidade monetária que os custos, passando a designar-se de benefícios (*Idem, ibidem*).

Este passo da ACB compreende a decisão de quais os custos e benefícios devem permanecer e contar na análise. Nem sempre se conseguindo integrar todos os elementos que a constituem, a análise custo-benefício deve contemplar todos os custos e todos os benefícios das intervenções em análise, mesmo que aparentemente insignificantes (Barros, 2021).

Em saúde, os custos e benefícios podem ser desagregados em custos diretos, indiretos (ou de produtividade) e intangíveis (Barros, 2021; Boardman et al., 2018; Elliott & Payne, 2015).

a) Os custos diretos médicos, referem-se aos associados diretamente à intervenção de saúde: prestadores de cuidados de saúde, instituições de saúde e doentes (Boardman et al., 2018). Os custos diretos não médicos, são todos os valores monetários que não correspondem aos profissionais de saúde, bens ou serviços de saúde (Barros, 2021), no qual se incluem os pagamentos “out-of-pocket”, como o tempo e o custo com as suas deslocações ou alimentação (Boardman et al., 2018; Elliott & Payne, 2015).

b) Os custos indiretos têm a ver com o impacto externo que produz nos indivíduos, não diretamente relacionado com a transação de saúde (Roberts, 1998), sendo a principal medida utilizada para a perda de produtividade ou rendimentos do doente e sua família, devido a doença, tratamento ou morte, tempo ausente do trabalho ou das atividades

domésticas ou ainda para o ganho, pelo resto da sociedade (Elliott & Payne, 2015). Os custos indiretos assumem grande importância se a intervenção em análise produz o benefício de possibilitar o retorno ao trabalho, escola ou às atividades de vida normal. São difíceis de medir, devendo ser atribuído um valor a atividades não pagas como, por exemplo a falta à escola (Elliott & Payne, 2015). Apesar deste facto, eles devem ser incluídos na análise económica, tendo habitualmente efeitos consideráveis (*Idem, ibidem*).

c) Os custos intangíveis, são extremamente difíceis ou até impossíveis de determinar, ocorrem e devem ser identificados na análise. Elliott & Payne (2015) e Boardman et al. (2018), identificam como custos intangíveis a ansiedade, dor ou sofrimento causados ou aliviados pela intervenção de saúde e a diminuição da qualidade de vida.

Segundo Barros (2021), os benefícios podem ser classificados em diretos e indiretos. Como benefício direto está o melhor nível de saúde. Nos indiretos podem ser incluídos os custos evitados com a prevenção de uma doença, o valor monetário da perda de utilidade evitada devida ao prolongamento da vida ou da possibilidade de melhor saúde ao longo da vida.

Passo 4 - Identificar as categorias dos impactos, catalogar e identificar métricas

Como impactos, incluem-se os inputs - recursos utilizados, e os outputs, que são predominantemente os benefícios. Os impactos de cada alternativa proposta devem ser identificados, exaustivamente listados em custos ou benefícios. Uma vez que os inputs e outputs devem ser bem conhecidos, estes devem ser quantificados, especificando a métrica para cada categoria de impacto (Zerbe Jr & Bellas, 2006).

Na perspectiva da ACB, os impactos que interessam são os que afetam a utilidade dos indivíduos, dependendo para tal que eles detenham o conhecimento e informação para tomar decisões racionais. Não devem ser incluídos os impactos que não tenham um impacto nem positivo, nem negativo. A escolha das métricas depende frequentemente dos dados disponíveis e a facilidade de monetização.

Passo 5 - Quantificar os impactos durante o ciclo de vida do projeto

Atendendo a que a ACB utiliza valores monetários para comparar bens, os valores anexados aos inputs e aos outputs representam uma importância relativa na análise. Deve

haver uma estimativa de todos os impactos de cada alternativa, para cada ano de vida do projeto.

Passo 6 - Atribuir valores monetários a todos os impactos

Nesta fase da ACB, deve-se atribuir valores monetários a todos os impactos das alternativas, o que por vezes se torna difícil. O valor dos benefícios na ACB, é medido em termos da vontade de pagar. Se o mercado existe e funciona bem, a vontade de pagar pode ser determinada através dos preços de mercado. Em mercados que não existem ou que não funcionam bem, estes valores têm de ser estimados através de outros métodos, seguindo boas práticas. Se ninguém estiver disposto a pagar por um qualquer impacto ou o quiser evitar, então esse impacto tem o valor de zero na ACB. Qualquer impacto a que não tenha sido imputado qualquer valor monetário deve ser claramente listado, para que seja explicitamente valorizado nos custos e benefícios.

A ACB não incorpora, de forma explícita, o risco e a incerteza (R. Zerbe Jr & Bellas, 2006). É muito importante que as fontes de incerteza de um projeto sejam identificadas, por forma a que seja possível realizar uma análise de sensibilidade que mostre o impacto destas incertezas na relação entre benefícios e custos.

Passo 7 - Deduzir benefícios e custos para obter o valor atual

Na ACB, os benefícios e custos devem ser quantificados para um horizonte temporal alargado. Assim, e porque o tempo tem impacto no valor dos benefícios e custos, é imprescindível que estes valores futuros sejam descontados por forma a que se trabalhe com valores que estejam todos indexados temporalmente de forma coerente. Só assim se podem agregar os benefícios e custos que vão emergir em anos diferentes, respeitando a preferência individual de consumir agora e não mais tarde e permitindo que o custo-oportunidade para os recursos utilizados no projeto possam ter um retorno positivo noutro projeto. Numa análise ACB deve fazer-se uso de uma taxa de desconto social (*social discount rate*), o que é em si mesmo um factor diferenciador entre esta análise e outras análises de investimentos, e que colocam a sociedade como um todo no centro desta análise: de que forma a sociedade consegue exprimir a sua preferência temporal (consumir/receber hoje versus amanhã) e de que forma quantifica o custo de oportunidade

social (o que se utiliza numa coisa deixa de ser utilizada em outra, o que implica a existência de um custo de oportunidade social).

Passo 8 - Calcular o valor líquido de cada alternativa

O valor líquido social de um projeto é calculado como B-C.

Passo 9 - Realizar uma análise de sensibilidade

Na opinião de Zerbe Jr & Bellas (2006), a maior lacuna da ACB é a dificuldade em lidar com o risco e a incerteza, devendo as fontes de incerteza ser identificadas, assumindo-se que podem afetar os benefícios e os custos (Boardman et al., 2018).

Face à incerteza, devem ser considerados três tópicos relevantes na ACB:

- Valor estimado, como medida dos riscos considerados;
- Análise de sensibilidade, como forma de investigar a solidez dos benefícios líquidos estimados, consideradas as decisões sobre as fontes de incerteza;

Valor da informação, como tipos de benefícios na ACB, constituindo um guia de análise dos valores de alocação. Segundo (Boardman et al., 2018), a análise de sensibilidade é uma forma de reconhecimento da incerteza inerente aos principais parâmetros previstos numa ACB. Toda a informação adicional sobre os custos e benefícios possibilita a realização de um modelo explicativo da incerteza para a tomada de decisão em ACB.

A análise de sensibilidade analisa o impacto de alterações num conjunto de parâmetros definidos como, por exemplo, na taxa de desconto social, valores associados à não existência de mercado ou a mercados imperfeitos, horizonte temporal dos impactos considerados. Assim, a análise é realizada considerando uma alteração em cada parâmetro de cada vez, verificando-se a partir de que valores é que a relação $B > C$ se altera (análise de ponto morto). Caso se verifique que o valor B-C é muito sensível a pequenas variações de um ou mais parâmetros, torna-se essencial uma atenção especial à correta determinação desse parâmetro.

Quando se pretendem estudar alterações simultâneas em vários parâmetros pode também realizar-se uma análise de cenários, em que cada cenário define um conjunto diferente de parâmetros e o cálculo de B-C é efetuado para cada cenário.

Passo 10 - Formular uma recomendação

A recomendação deve ser acompanhada de uma análise crítica dos resultados apresentados. Devem ser claramente identificadas todas as limitações da análise, dificuldades na quantificação de valores, pressupostos assumidos e descrição da metodologia adoptada. Cabe sempre ao decisor a última palavra acerca da decisão a tomar, sendo a ACB uma importante ferramenta que informa este processo de tomada de decisão.

5. ABSENTISMO NÃO PLANEADO NUMA UNIDADE CIRÚRGICA PEDIÁTRICA

No setor da saúde, a perda de trabalho programado devido a falta não prevista do trabalhador reduz a efetividade dos cuidados de saúde, compromete a qualidade em saúde e resulta em sobrecarga do trabalho ou mesmo interrupção da prestação dos serviços (Kisakye et al., 2016). Para além disso, o comportamento individual de absentismo não planeado compromete o desempenho das equipas e a resolução dos problemas de saúde das populações (Saruan et al., 2020). O absentismo não planeado tem um impacto elevado em contextos de produção de trabalho em equipa e muito particularmente em unidades com capital humano muito específico, o que aumenta o potencial do valor da perda de *outputs* (Zhang et al., 2017). Neste capítulo iremos analisar o absentismo numa unidade de cirurgia pediátrica, e tentar fazer uma quantificação dos seus impactos tendo por base os princípios que regem uma ACB.

5.1. Caracterização da unidade cirúrgica pediátrica

A unidade cirúrgica pediátrica (UCP) está integrada numa estrutura hospitalar de nível 3 de complexidade de cuidados dedicados ao doente pediátrico, e enquadra-se na definição da DGS (2015) de “unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia”.

O funcionamento do serviço caracteriza-se pela atividade eletiva, de segunda a sexta-feira, distribuída por várias especialidades cirúrgicas e pelo atendimento de crianças e adolescentes com problemas anestésico e/ou cirúrgicos de carácter urgente/emergente 24 horas por dia, 7 dias por semana, 365 dias por ano. Anexo ao espaço do bloco operatório (BO), existe uma Unidade de Cuidados Pós-anestésicos (UCPA), que garante a vigilância pós-anestésica da criança/adolescente e família.

Nesta unidade são atendidas crianças e famílias desde o primeiro dia de vida, da grande prematuridade até aos 18 anos menos um dia de idade. No entanto, em casos excepcionais, esta idade pode prolongar-se para além do limite que a legislação contempla.

Tanto a diversidade e características da população cuidada na UCP, que atravessa as quase duas primeiras décadas de desenvolvimento do ser humano, como a multiplicidade e especificidade de situações a carecer de cuidados anestésico/cirúrgicos, representam um enorme desafio para todos os profissionais que ali trabalham.

A UCP tem uma rotatividade diária elevada de crianças/adolescentes e famílias, representando muitas interações, com muitos profissionais, em tempos diferentes e em condições de saúde/doença muito variáveis. Isto representa um fluxo de trabalho intensivo e quase permanentemente assente em transições, envolvendo um enorme volume de informação produzida, processada, utilizada e partilhada em “todos os pontos vulneráveis/críticos de transição de cuidados” (DGS, 2017, p. 1), muito relevante para os processos de tomada de decisão. De acordo com Ribeiro et al. (2004) e Cullati et al. (2017), estes pontos tornam a tomada de decisão muito crítica nestas unidades.

Ao longo dos últimos anos, assistiu-se a uma enorme pressão sobre a produção cirúrgica, com controlo apertado de tempos de *turnover*. A fusão em Centro Hospitalar propiciou a entrada de equipas multidisciplinares dos “adultos” como utilizadores, pouco habituados à especificidade e vulnerabilidade da população pediátrica, tendo havido necessidade de adaptação dos processos de trabalho com vista à manutenção da qualidade dos cuidados e satisfação das crianças, pais e profissionais. O trabalho em equipa tornou-se mais difícil e foi colocando algumas questões em termos de autonomia profissional de alguns grupos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros.

Tal como referido no capítulo 3, a pressão sobre a produtividade associada a contextos de trabalho com grande volume de trabalho e complexidade de cuidados são fortes preditores do absentismo nas equipas de saúde (Kottwitz et al., 2018; Krane, Johnsen, et al., 2014; Sexton et al., 2017), ao que acresce a necessidade adaptativa complexa (Cinaroglu, 2016). De igual modo, o absentismo está negativamente relacionado com a perceção de baixa autonomia na tomada de decisão dos profissionais de saúde (King et al., 2020; Kottwitz et al., 2018; Tang et al., 2013).

A pressão sobre a produtividade e as ausências por absentismo nem sempre foram acompanhadas pela alocação de profissionais em número suficiente, obrigando a períodos de trabalho suplementar que acabam por se tornar regulares para responder à exigência da programação cirúrgica e de cuidados de saúde, numa utilização intensiva dos recursos humanos, resultando numa organização do trabalho compatível com fatores que concorrem para o absentismo, tal como referido por vários autores referidos no capítulo 3.

Segundo Fragata (2010, p. 18), a atividade numa unidade cirúrgica é complexa, interdisciplinar, exercida num ambiente organizacional complexo, numa constante interação entre “humanos, máquinas e equipamentos”. À complexidade do trabalho está associada uma grande variação e incerteza das tarefas e um ambiente dominado pela pressão e pelo stress (Healey & Vincent, 2007).

O trabalho na UCP é exigente, com muitas horas de permanente atenção e cuidados em ambiente físico e ambiental adverso. O contacto com situações limite é frequente e há necessidade de tomada de decisão imediata, de acordo com a fragilidade das crianças, a gestão do tempo e os recursos existentes, o que se compagina com um contexto profissional de elevado risco psicossocial (Gohar et al., 2020).

As relações interpessoais são um desafio, muito devido à grande diversidade e rotação das equipas utilizadoras e a comunicação ocorre muitas vezes em contextos de crise, caracterizando um ambiente stressante, propenso ao erro e ao evento adverso. A Organização Mundial de Saúde salienta a qualidade das relações interpessoais como fundamentais para a qualidade dos serviços e sistemas de saúde (WHO, 2016b).

5.2. Organização do trabalho programado

A atividade cirúrgica programada na UCP obedece a regras pré-definidas em sede de contratualização por especialidade cirúrgica, segue as Listas de Inscritos para Cirurgia (LIC), a distribuição semanal dos tempos disponíveis de sala operatória e respetivo agendamento de cirurgias, procurando garantir equilíbrio entre procura, oferta e efetividade.

O agendamento cirúrgico das crianças ocorre de acordo com norma do regulamento do Sistema Informático de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), estabelecendo a data para a cirurgia, em função da prioridade da situação. A programação cirúrgica das cirurgias a realizar estabelece-se por acordo como o BO e presume a

identificação do doente, da equipa, da técnica e aspetos particulares a ter em conta. De acordo com (Ministério da Saúde, 2015), esta programação deve ser realizada com a antecedência necessária, de modo a garantir que não ocorram cancelamentos inadequados ou desnecessários.

Para a efetivação do agendamento, as crianças e pais são convocados antecipadamente para comparecerem no hospital em dia e hora indicados, a fim de realizarem o procedimento cirúrgico previsto. Sempre que necessário, antecipadamente ou no próprio dia, procedem à realização dos vários Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDTs), solicitados pelo médico cirurgião e/ou anestesista e realizam preparação pré-operatória pelo enfermeiro e anestesista, dirigida à sua condição de saúde e necessidades identificadas, na qual se incluem igualmente os seus pais.

A equipa de trabalho na UCP é multidisciplinar e organizada de forma a dar resposta ao agendamento, quer em termos do número de profissionais quer em função das suas competências específicas, que permitam assegurar a qualidade do procedimento cirúrgico. Os profissionais são reafectados de acordo com as alterações da programação, numa gestão dinâmica dos recursos humanos.

A equipa multidisciplinar é composta por um grupo de profissionais residente, assim designado dado exercerem as suas funções exclusivamente no serviço (Ministério da Saúde, 2015), que inclui os enfermeiros, assistentes operacionais e assistente técnico, e por um grupo de profissionais não residentes (*idem, ibidem*). Estes estão afetos aos respetivos serviços da sua especialidade, exercendo funções temporárias e em dias pré-definidos como utilizadores do BO, e incluem os anestesiólogos, cirurgiões e técnicos de diagnóstico e terapêutica.

Se o desempenho individual é naturalmente importante em saúde, em unidades com estas características de produção, o desempenho coletivo é crucial para o resultado produzido, a eficiência e a segurança, realizado por equipas muito interligadas na decisão, atuação e comportamento, representando a interface humana dos cuidados cirúrgicos (Fragata, 2010).

A equipa cirúrgica é definida como todos os profissionais afetos ao episódio cirúrgico com presença na sala operatória (SO), com funções e atividades específicas a cada grupo profissional, aos quais está circunscrita a responsabilidade do evento cirúrgico (Ministério da Saúde, 2015).

“Uma equipa cirúrgica é um grupo de pessoas altamente treinadas, que se reúnem para realizar uma tarefa específica, potencialmente arriscada, a qual requer um nível máximo de interação e de responsabilidade partilhada entre os seus membros” (Fragata, 2010:20)

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (2015), deverão estar em SO pelo menos dois cirurgiões, um anestesista, três enfermeiros e uma assistente operacional.

5.3. As Ordens profissionais regulamentam o número de efetivos por SO e suas competências específicas, caracterizando as dotações seguras em cuidados cirúrgicos e que são cumpridas na organização dos horários de trabalho da unidade, mesmo que a alocação de recursos não esteja ajustada. O absentismo não planeado

O absentismo não planeado na UCP em estudo acontece quando um qualquer profissional da equipa cirúrgica, pelos motivos mais diversos, não comparece para trabalhar, tal com previsto na sua escala de trabalho.

A complexidade, interdependência e complementaridade implica que a falta não prevista de um único elemento, de qualquer grupo profissional da equipa, possa conduzir ao cancelamento cirúrgico, afetando diretamente as crianças propostas para cirurgia e suas famílias, os profissionais afetos à atividade cancelada e a organização, por perda de produtividade e aumento dos custos de produção.

O cancelamento de doentes é um indicador de resultado relativo à dimensão de eficiência das unidades cirúrgicas (Ministério da Saúde, 2015), considerado por Colaço e Castro (2018) como um indicador chave do desempenho. Os cancelamentos cirúrgicos fazem parte de vários indicadores que são negociados na contratualização da atividade, de entre os quais se salientam (Ministério da Saúde, 2015):

- a) qualidade - % de cancelamentos por motivos imputados à unidade cirúrgica;
- b) acessibilidade - % de cancelamentos de salas disponibilizadas por motivo imputado à unidade cirúrgica;
- c) gestão - taxa de cancelamento cirúrgico por motivo imputado à unidade cirúrgica;
- d) satisfação - índice de satisfação de utentes, utilizadores e profissionais.

A atividade cirúrgica é um elemento importante no financiamento das organizações hospitalares, dependendo grandemente da dinâmica do BO (Ministério da Saúde, 2015). Esta unidade, sendo uma das principais fontes de receita do hospital, é igualmente um grande consumidor de recursos, não só pelo número de recursos humanos que lhe está afeto, mas também pelo tipo de atividade que realiza e a sua diferenciação tecnológica.

Nos hospitais do SNS, cerca de 29% do seu financiamento é direcionado para a atividade cirúrgica (Ministério da Saúde, 2015, p. 23). Os custos fixos das unidades cirúrgicas são elevados e independentes da produção, estando muito relacionados com a capacidade instalada e, particularmente, com os profissionais qualificados e diferenciados. Os custos variáveis estão dependentes da produção, sendo mais fáceis de influenciar por medidas de gestão da eficiência e efetividade.

As perdas de produtividade devem ter uma importante influência nos determinantes de custo-efetividade, conduzindo a diferentes decisões na alocação de recursos (Zhang et al., 2017). Por outro lado, o garante constitucional do direito à saúde exige medidas de melhoria do desempenho por parte dos prestadores, conciliadoras da gestão dos recursos disponíveis com o melhor nível de cuidados fornecidos aos utilizadores.

A cirurgia é um dos procedimentos em saúde mais stressante na vida de uma criança e adolescente, mesmo se planeada. A criança/adolescente vivencia esta experiência com sentimentos de medo: de ser operado (Antão et al., 2018), de ter dor (Batalha, 2017; Boztepe et al., 2017; Panella, 2016), de ter lesão corporal (Panella, 2016), de mudanças na imagem corporal e até sentimentos associados à morte (Ben-Ari et al., 2020), perda de identidade e de controle (Panella, 2016). A ansiedade pré-operatória da criança está largamente documentada. Por exemplo, uma revisão sistemática por (Pestana-Santos et al., 2019) referente às intervenções não-farmacológicas utilizadas no período pré-operatório para prevenção da ansiedade em adolescentes, salienta a sensação de medo e ansiedade que os adolescentes vivenciam durante bastante tempo após o evento cirúrgico (Rullander et al., 2016). Os estudos de (Perry et al., 2012) dão conta de que aproximadamente 50% das crianças reportam elevada ansiedade antes da cirurgia. Pestana-Santos et al. (2019) refere um estudo piloto desenvolvido nos EUA por Fortier et al (2012), em que ficou demonstrado que 80% dos adolescentes submetidos as cirurgias de ambulatório reportaram ansiedade significativa no período pré-operatório, com uma elevada tendência para manifestações físicas de ansiedade. A fase pré-operatória inicia-se

logo com o agendamento da cirurgia e só termina com a chegada da criança/adolescente à sala de indução anestésica. Durante esta fase, há necessidade da avaliação e preparação, como consultas e meios de diagnóstico e terapêutica (MCDTs) e ainda alterações na vida da criança, entendidas como aspetos negativos da experiência, como faltar à escola ou às atividades desportivas, questões estas ainda mais importantes para os adolescentes. Ao longo deste tempo, o stress e a ansiedade instalam-se progressivamente na vida da criança/adolescente, caracterizando-se por tensão, irritabilidade e aumento da atividade do sistema nervoso central, com consequências indesejáveis para a saúde e bem-estar (Wicker, 2015, p. 161). As respostas psicológicas da criança a um evento desta natureza, dependem de vários fatores, tais como a idade, as experiências anteriores, o seu entendimento sobre a sua situação de doença, o ambiente hospitalar e o apoio dos pais.

Assim, o cancelamento de uma cirurgia no próprio dia representa uma disfunção no processo de preparação psicológica e física que a criança ou adolescente foram fazendo ao longo do período pré-operatório, mobilizando recursos intrínsecos e extrínsecos, tendo como consequência o adiar do seu problema de saúde, a diminuição da adesão a futuras necessidades de cuidados médicos e cirúrgicos, a dificuldade em adaptação ao meio hospitalar e a confiança nos profissionais (Ben-Ari et al., 2020). Segundo (Batalha, 2017), uma experiência positiva é a melhor preparação para experiências posteriores do mesmo tipo.

Os profissionais de saúde infantil e pediatria têm como referenciais a carta dos direitos da criança hospitalizada e o pressuposto de que o ambiente de cuidados lhe deve garantir proteção em todas as circunstâncias. Compete-lhes assegurar a saúde e o bem-estar da criança, satisfazer as suas necessidades psicossociais, realizar cuidados atraumáticos e promover o desenvolvimento de políticas e procedimentos que enquadrem esta missão (Hospital Pediátrico de Coimbra, 2012; OE, 2010, 2011). . Assim, na questão do cancelamento cirúrgico por absentismo não programado, a perspetiva da criança e adolescente deve ser tida em conta na tomada de decisão da alocação de recursos das unidades cirúrgicas. A doença e a hospitalização da criança são acontecimentos inesperados para as famílias, sendo os eventos cirúrgicos, mesmo programados, responsáveis por produzirem um forte impacto emocional nos pais/família. As manifestações psicológicas dos pais que traduzem esta situação são fundamentalmente

insegurança, medo e ansiedade, não só associadas ao procedimento em si e ao seu resultado ou diagnóstico, mas também relacionadas com as alterações no seu quotidiano, como as deslocações, a falta ao trabalho e perda de salário, as despesas associadas e preocupações com os restantes elementos da família (Antão et al., 2018). No hospital, cuidar a criança é também cuidar a família, numa filosofia que reconhece o papel central da família na vida da criança e a inclui nos cuidados de saúde. Isto implica centrar os cuidados nas suas necessidades (Casey, 1993; Shields, 2006; Smith, 1995), promovendo relações profissionais de ajuda na adaptação à situação da criança e na gestão das emoções e stress que vivenciam, nomeadamente em presença de um episódio cirúrgico. Como é referido por Goldschmidt & Woolley (2017), o nível de ansiedade da criança/adolescente está diretamente relacionado com a ansiedade parental, assim como as reações dos pais e as respostas da criança à hospitalização se influenciam mutuamente.

O cancelamento não previsto da cirurgia programada da criança ou adolescente tem forte impacto junto dos pais/família, devendo ser preocupação na alocação de recursos das unidades cirúrgicas.

Tal como outros, os profissionais de saúde têm necessidade de faltar ao trabalho por diversas razões, como doença aguda, família e outras situações inesperadas, conduzindo ao absentismo não planeado.

Na UCP, os profissionais estão afetos a uma SO e a organização do trabalho depende dessa afetação, considerando o número de elementos dos diversos grupos profissionais necessários em SO e a sua diferenciação. A falta não planeada de um dos profissionais envolvidos na atividade cirúrgica de determinada SO tem como consequência direta o cancelamento dessa atividade. Os restantes elementos da equipa da SO ficam sem atividade cirúrgica, sendo-lhes proposto realizar outras atividades não clínicas ou o gozo das restantes horas diárias de trabalho.

Ao verificar-se a falta inesperada de um elemento da equipa, a gestão do serviço enceta todos os esforços para evitar o cancelamento cirúrgico, contactando os profissionais em gozo de folga. Muito frequentemente, os profissionais em gozo de folga que são contactados para substituir um colega em falta não planeada resolvem as questões dos cancelamentos. Estes profissionais vêm-se confrontados com uma decisão difícil, tendo em conta não só as questões da ética e dos valores que enformam as profissões da saúde e o

forte compromisso com os utentes, as suas famílias, os colegas e a organização (Brborović et al., 2017; Schmidt & McArthur, 2018; Sexton et al., 2017; Watson, 2002) , mas também o direito do efetivo afastamento do ambiente de trabalho e à programação da vida privada e familiar. Este escrutínio moral deixa o profissional desconfortável, seja qual for a decisão que tomar. O contexto de trabalho numa unidade cirúrgica pediátrica, tal como descrito, reúne as características associadas ao absentismo no setor da saúde referidas no capítulo 3 e enquadra as consequências do absentismo não planeado.

Identificamos cinco grupos de interessados, aos quais dizem respeito os benefícios e custos estimados, conforme Quadro 2:

Quadro: 2 – Interessados, por grupos. Unidade Cirúrgica Pediátrica

Interessados	Grupo
• Crianças/ Adolescentes	Grupo 1
• Pais/ Família	Grupo 2
• Profissionais	Grupo 3
• Organização	Grupo 4
• Sociedade	Grupo 5

Quadro: 3 – Absentismo não planeado – consequências por grupo de interessados

Grupo	Consequências
Grupo 1 (Crianças/ adolescentes)	<ul style="list-style-type: none"> • Stress e ansiedade pré-operatória; • Não resolução do problema de saúde; • Indefinição da data de novo reagendamento; • Falta à escola e atividades
Grupo 2 (Pais/Família)	<ul style="list-style-type: none"> • Falta ao trabalho (perda de rendimento...); • Deslocação desnecessária: tempo, gastos ...; • Stress com a situação;

	<ul style="list-style-type: none"> • Nova falta ao trabalho e deslocação em novo agendamento
Grupo 3 (Profissionais)	<ul style="list-style-type: none"> • Perda do dia de folga • Perda de tempo pessoal e familiar • Decisão ética e moral
Grupo 4 (Organização)	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de produtividade • Aumento de custos na produção cirúrgica • Custos de Gestão???
Grupo 5 (Sociedade)	<p>Incluem-se os efeitos diretos e indiretos??</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidades de saúde não satisfeitas; acessibilidade, efetividade....; • Mercado de saúde imperfeito; aumento dos outputs... <p>Impactos negligenciados</p>

PARTE EMPÍRICA

6. METODOLOGIA

Tendo em conta os objetivos traçados no ponto 1.2., neste capítulo iremos descrever as várias etapas metodológicas utilizadas para lhes dar resposta. Deste modo, proceder-se-á à caracterização do tipo de estudo, à definição da população e amostra, á descrição da colheita de dados e das considerações éticas.

6.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, com uma componente de análise de dados retrospectivos da assiduidade referentes aos anos de 2017, 2018 e 2019 e da produção cirurgica programada e executada, no mesmo período.

Pretendendo-se estudar o absentismo não planeado na UCP, são descritos e quantificados os custos associados, seguindo a metodologia da Análise Custo Benefício, utilizando o conceito mais alargado de “custo social”.

Iremos realizar as seguintes análises:

6.2. POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população são todos os profissionais da UCP e a amostra corresponde aos profissionais que exercem a sua atividade em permanência na unidade cirúrgica: enfermeiros, anestesistas e assistentes operacionais, num total de 65 e aos profissionais do grupo profissional médico das várias equipas cirúrgicas utilizadoras da unidade, designadas neste estudo de “especialidades cirúrgicas”, num total de 10.

Foi excluído o grupo profissional de assistente técnico uma vez que o seu absentismo não tem qualquer impacto na produção cirúrgica programada.

6.3. COLHEITA DE DADOS

Os dados resultam da análise das escalas de trabalho dos enfermeiros e assistentes operacionais nos anos de 2017, 2018 e 2019, assim como da análise da produção cirúrgica do BO, separada em atividade cirúrgica programada e executada por mês e especialidade cirúrgica, em ficheiro organizado pela coordenação do BO.

6.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Neste trabalho foram observados os princípios éticos fundamentais á garantia da proteção dos dados de assiduidade acedidos. A consulta dos dados da produção da atividade cirúrgica da UCP tem como objetivo o fim académico deste trabalho, pelo que serão objeto de confidencialidade e não serão utilizados para outro fim.

Os procedimentos éticos realizados foram:

- Pedido da validação da pertinência do estudo e autorização para a utilização dos dados da produção cirúrgica à Diretora do Departamento Pediátrico do Centro Hospitalar a que pertence a unidade em estudo (Anexo I);
- Pedido de um parecer ético, à comissão de Ética para as Ciências da Vida do Centro Hospitalar a que pertence a unidade em estudo (Anexo II);
- Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar a que pertence a unidade para a realização do estudo (Anexo III);
- Pedido ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar a que pertence a unidade em estudo, de ficheiro irreversivelmente anonimizado da assiduidade de enfermeiros e assistentes operacionais referentes aos anos 2017, 2018 e 2019, organizado por pessoa ou entidade por ele designada (Anexo III).

Os resultados desta investigação serão divulgados no Centro Hospitalar a que pertence a unidade em estudo.

7. CONCLUSÕES

- 7.1. LIMITAÇÕES DO TRABALHO EMPÍRICO
- 7.2. CONTRIBUTOS DESTA INVESTIGAÇÃO
- 7.3. INVESTIGAÇÃO FUTURA

ANEXO I

ANEXO II

ANEXO III

LISTA DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agapito, S. M., & Cardoso De Sousa, F. (2010). A influência da satisfação profissional no absentismo laboral. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 28(2), 132–139. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70004-3](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70004-3)
- Akgeyik, T. (2014). Factors Affecting Employee Absenteeism (a Study on a Sample of Textile Workers). *European Journal of Management*, 14(3), 69–76. <https://doi.org/10.18374/ejm-14-3.7>
- Amaro, J., Magalhães, J., Leite, M., Aguiar, B., Ponte, P., Barrocas, J., & Norton, P. (2018). Musculoskeletal injuries and absenteeism among healthcare professionals—ICD-10 characterization. *PLoS ONE*, 13(12), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207837>
- Andersson, H. (2018). Application of BCA in Europe-Experiences and Challenges. *Journal of Benefit-Cost Analysis*, 9(1), 84–96. <https://doi.org/10.1017/bca.2018.5>
- Antão, C., Rodrigues, N., Anes, E., & Pereira, A. (2018). *HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA : 2*.
- Asay, G. R. B., Roy, K., Lang, J. E., Payne, R. L., & Howard, D. H. (2016). Absenteeism and employer costs associated with chronic diseases and health risk factors in the US workforce. *Preventing Chronic Disease*, 13(10), 1–11. <https://doi.org/10.5888/pcd13.150503>
- Barros, P. P. (2021). *Economia da Saúde. Conceitos e comportamentos* (S. Edições Almedina (ed.); 4ª Edição).
- Batalha, L. (2017). Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar. *Manual de Estudo*, 11.
- Baydoun, M., Dumit, N., & Daouk-Öyry, L. (2016). What do nurse managers say about nurses' sickness absenteeism? A new perspective. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 97–104. <https://doi.org/10.1111/jonm.12277>
- Beagan, B., & Ells, C. (2007). *Les infirmières canadiennes face à la difficulté de mettre en pratique les valeurs qui leur sont chères Values That Matter , Barriers That Interfere : The Struggle of Canadian Nurses to Enact TheirValues*. 39, 36–57.
- Belita, A., Mbindyo, P., & English, M. (2013). Absenteeism amongst health workers - developing a typology to support empiric work in low-income countries and characterizing reported associations. *Human Resources for Health*, 11(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-34>
- Ben-Ari, A., Benarroch, F., Sela, Y., & Margalit, D. (2020). Risk factors for the development of medical stress syndrome following surgical intervention. *Journal of Pediatric Surgery*, 55(9), 1685–1690. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2019.11.011>
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009). Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(6), 629–638.

<https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181a8281b>

- Boardman, A. E., Greenberg, D. H., Vining, A. R., & Weimer, D. L. (2018). *Cost-Benefit Analysis. Concepts and Practice* (C. U. Press (ed.); Fifth Edit).
- Boztepe, H., Çınar, S., & Ay, A. (2017). School-age children's perception of the hospital experience. *Journal of Child Health Care, 21*(2), 162–170. <https://doi.org/10.1177/1367493517690454>
- Brborović, H., Daka, Q., Dakaj, K., & Brborović, O. (2017). Antecedents and associations of sickness presenteeism and sickness absenteeism in nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice, 23*(6). <https://doi.org/10.1111/ijn.12598>
- Brent, R. J. (2003). *Cost-benefit analysis and health care evaluations*. Edward Elgar Publishing Limited.
- Burmeister, E. A., Kalisch, B. J., Xie, B., Doumit, M. A. A., Lee, E., Ferraresion, A., Terzioglu, F., & Bragadóttir, H. (2019). Determinants of nurse absenteeism and intent to leave: An international study. *Journal of Nursing Management, 27*(1), 143–153. <https://doi.org/10.1111/jonm.12659>
- Campbell, J., Dussault, G., Buchan, J., Pozo-Martin, F., Guerra Arias, M., Leone, C., Siyam, A., & Cornetto, A. (2013). A universal truth: No health without a workforce. *World Health Organization*. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>
- Casey, A. (1993). *Development and use of the partnership model of nursing care* (S. Press. (ed.)).
- Chênevert, D., Jourdain, G., Cole, N., & Banville, B. (2013). The role of organisational justice, burnout and commitment in the understanding of absenteeism in the Canadian healthcare sector. *Journal of Health, Organisation and Management, 27*(3), 350–367. <https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2012-0116>
- Čikeš, V., Ribarić, H. M., & Črnjar, K. (2018). The determinants and outcomes of absence behavior: A systematic literature review. *Social Sciences, 7*(8). <https://doi.org/10.3390/socsci7080120>
- Cinaroglu, S. (2016). Complexity in healthcare management: Why does Drucker describe healthcare organizations as a double-headed monster? *International Journal of Healthcare Management, 9*(1), 11–17. <https://doi.org/10.1179/2047971915Y.0000000016>
- Colaço e Castro, A. C. (2018). *Indicadores de qualidade no bloco operatório*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Cucchiella, F., Gastaldi, M., & Ranieri, L. (2014). Managing Absenteeism in the Workplace: The Case of an Italian Multiutility Company. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 150*, 1157–1166. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.131>
- Cullati, S., Cheval, B., Schmidt, R. E., Agoritsas, T., Chopard, P., & Courvoisier, D. S. (2017). Self-rated health and sick leave among nurses and physicians: The role of regret and coping strategies in difficult care-related situations. *Frontiers in Psychology, 8*(APR),

1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00623>

- Dall’Ora, C., Ball, J., Recio-Saucedo, A., & Griffiths, P. (2016). Characteristics of shift work and their impact on employee performance and wellbeing: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *57*, 12–27. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.007>
- Damart, S., & Kletz, F. (2016). When the management of nurse absenteeism becomes a cause of absenteeism: A study based on a comparison of two health care facilities. *Journal of Nursing Management*, *24*(1), 4–11. <https://doi.org/10.1111/jonm.12262>
- Davey, M. M., Cummings, G., Newburn-Cook, C. V., & Lo, E. A. (2009). Predictors of nurse absenteeism in hospitals: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, *17*(3), 312–330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00958.x>
- Deery, S., Walsh, J., & Zatzick, C. D. (2014). A moderated mediation analysis of job demands, presenteeism, and absenteeism. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *87*(2), 352–369. <https://doi.org/10.1111/joop.12051>
- Dexter, F., Epstein, R. H., & Marian, A. A. (2020). Comparisons of unscheduled absences among categories of anesthesia practitioners, including anesthesiologists, nurse anesthetists, and anesthesia residents. *Perioperative Care and Operating Room Management*, *21*(September), 100139. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2020.100139>
- DGS. (2015). *Portal da Estatística em Saúde*. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude.aspx>
- Dhaini, S., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Simon, M., Kunz, R., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2016). Absenteeism and Presenteeism among Care Workers in Swiss Nursing Homes and Their Association with Psychosocial Work Environment: A Multi-Site Cross-Sectional Study. *Gerontology*, *62*(4), 386–395. <https://doi.org/10.1159/000442088>
- Norma 001/2017, Pub. L. No. 001/2017 (2017).
- Drucker, P. F. (2000). *Desafios da gestão para o século XXI*. Livraria Civilização Editora.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (O. U. Press (ed.); Fourth Edi).
- Duclay, E., Hardouin, J. B., Sébille, V., Anthoine, E., & Moret, L. (2015). Exploring the impact of staff absenteeism on patient satisfaction using routine databases in a university hospital. *Journal of Nursing Management*, *23*(7), 833–841. <https://doi.org/10.1111/jonm.12219>
- Dzoljic, M., Zimmerman, M., Legemate, D., & Klazinga, N. S. (2003). Reduced nurse working time and surgical productivity and economics. *Anesthesia and Analgesia*, *97*(4), 1127–1132. <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000082249.58475.4F>
- Eeckloo, K., Delesie, L., & Vleugels, A. (2007). Where is the pilot? The changing shapes of governance in the European hospital sector. *Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, *127*(2), 78–86. <https://doi.org/10.1177/1466424007075457>

- Eeckloo, K., Van Herck, G., Van Hulle, C., & Vleugels, A. (2004). From Corporate Governance to Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy*, 68(1), 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.07.009>
- Elliott, R., & Payne, K. (2015). *Essentials of Economic Evaluation in Healthcare* (P. Press (ed.); 1st ed.). Pharmaceutical Press.
- Elstad, J. I., & Vabø, M. (2008). Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(5), 467–474. <https://doi.org/10.1177/1403494808089557>
- Espanha, R. (2013). *Informação em saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.ffms.pt/FileDownload/a23bb6e9-c485-4966-a93d-de68a5610192/informacao-e-saude>
- EU-OSHA. (2014a). *Current and Emerging Issues in the Healthcare Sector, including home and community*. <https://doi.org/doi:10.2802/3331>
- EU-OSHA. (2014b). *Resumo. Relatório Anual 2014*. <https://osha.europa.eu/pt/publications/annual-report-2014-summary>
- EU-OSHA. (2018). *Healthy workers, thriving companies - a practical guide to wellbeing at work*. <https://doi.org/10.2802/53301>
- EU-OSHA. (2021). *Riscos psicossociais e stresse no trabalho*. <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- EU. (2016). *European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing*. https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf
- EU. (2019). *State of Health in the EU. Companion Report 2019*. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_companion_en.pdf
- Eurofound. (2010). *Absence from work*.
- Eurofound. (2012). *Health and well-being at work: A report based on the fifth European Working Conditions Survey*. Dublin. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_document/ef1302en.pdf
- Eurofound. (2017). *Sixth European Working Conditions Survey - Overview report (2017 update)*. In *Publications Office of the European Union, Luxembourg*.
- Eurofound. (2018). *Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU*. In *Publications Office of the European Union* (Issue October). <http://eurofound.link/ef18047>
- Ferreira Cascão. (2014). *Gestão de competências do conhecimento e do talento* (Edições Sílabo (ed.); 1ª).
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes bloco operativo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 17–26.

- Fujii, T. (2019). Regional prevalence of health worker absenteeism in Tanzania. *Health Economics (United Kingdom)*, 28(2), 311–316. <https://doi.org/10.1002/hec.3844>
- Gaudine, A., & Gregory, C. (2010). The accuracy of nurses' estimates of their absenteeism. *Journal of Nursing Management*, 18(5), 599–605. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01107.x>
- Gohar, B., Larivière, M., Lightfoot, N., Wenghofer, E., Larivière, C., & Nowrouzi-Kia, B. (2020). Understanding sickness absence in nurses and personal support workers: Insights from frontline staff and key informants in Northeastern Ontario. *Work*, 66(4), 755–766. <https://doi.org/10.3233/WOR-203222>
- Goldschmidt, K., & Woolley, A. (2017). Using Technology to Reduce Childrens' Anxiety Throughout the Perioperative Period. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 256–258. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.04.006>
- Göras, C., Nilsson, U., Ekstedt, M., Unbeck, M., & Ehrenberg, A. (2020). Managing complexity in the operating room: A group interview study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05192-8>
- Hansen, J. R., Løkke, A. K., & Sørensen, K. L. (2019). Long-Term Absenteeism From Work: Disentangling the Impact of Sector, Occupational Groups and Gender. *International Journal of Public Administration*, 42(8), 628–641. <https://doi.org/10.1080/01900692.2018.1498104>
- Hassink, W. (2018). How to reduce workplace absenteeism. *IZA World of Labor*. <https://doi.org/10.15185/izawol.447>
- Healey, A. N., & Vincent, C. A. (2007). The systems of surgery. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 8(5), 429–443. <https://doi.org/10.1080/14639220701193314>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar neste mundo*. Lusociência.
- Hesselius, P. (2007). Does sickness absence increase the risk of unemployment? *Journal of Socio-Economics*, 36(2), 288–310. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2005.11.037>
- Holmes, T., Vifladt, A., & Ballangrud, R. (2020). A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing. *Nursing Open*, 7(2), 571–580. <https://doi.org/10.1002/nop2.422>
- Hospital Pediátrico de Coimbra. (2012). *Crianças e Famílias. Como as cuidamos...* (P. Hospital (ed.)).
- Hwang, K. (2016). Cost-benefit analysis: Its usage and critiques. *Journal of Public Affairs*, 16(1), 75–80. <https://doi.org/10.1002/pa.1565>
- ICN. (2006). *Dotações seguras, Salvam vidas*. (ICN (ed.)). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf
- ILO. (2016). Workplace Stress: a collective challenge. In *WORKPLACE STRESS: A collective challenge WORLD* (Issue April 2016). https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_466547/lang-en/index.htm%0Ahttp://www.ilo.org/africa/media-

centre/news/WCMS_477712/lang--en/index.htm

INE. (2017). *Balanço Social 2017*. <https://ine.pt>

INE. (2021). *Absentismo - Conceito*. <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/1688>

Ismail, H., & Warrak, A. (2020). The Impact of High Involvement Management on Employee Retention. *International Journal of Human Resource Studies*, 10(1), 223. <https://doi.org/10.5296/ijhrs.v10i1.16261>

ISS. (2018). *Qual o retorno para a sociedade do investimento em saúde? Projeto de Saúde Sustentável*. https://apah.pt/wp-content/uploads/2019/10/Apresentacao-APAH_lb.pdf

Jacobsen, D. I., & Fjeldbraaten, E. M. (2020). Exploring the Links Between Part-Time Employment and Absenteeism: the Mediating Roles of Organizational Commitment and Work-Family Conflict. *Public Organization Review*, 20(1), 129–143. <https://doi.org/10.1007/s11115-018-00437-x>

Johansson, P., & Palme, M. (2002). Assessing the effect of public policy on worker absenteeism. *Journal of Human Resources*, 37(2), 381–409. <https://doi.org/10.2307/3069652>

Johns, G., & Raghid, A. H. (2016). Frequency versus time lost measures of absenteeism: Is the voluntariness distinction an urban legend? *Journal of Organizational Behavior*, 37, 456–479.

Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79(November 2017), 70–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>

King, A. T., Gontarz, J. A., & Wei, H. (2020). Employee engagement and absenteeism: A step towards improving patient care. *Nursing Forum*, 55(3), 356–361. <https://doi.org/10.1111/nuf.12435>

Kisakye, A. N., Tweheyo, R., Ssenkooba, F., Pariyo, G. W., Rutebemberwa, E., & Kiwanuka, S. N. (2016). Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: A systematic review of strategies and their implementation. *Journal of Healthcare Leadership*, 8, 81–94. <https://doi.org/10.2147/JHL.S107746>

Kivimäki, M., Sutinen, R., Elovainio, M., Vahtera, J., Räsänen, K., Töyry, S., Ferrie, J. E., & Firth-Cozens, J. (2001). Sickness absence in hospital physicians: 2 Year follow up study on determinants. *Occupational and Environmental Medicine*, 58(6), 361–366. <https://doi.org/10.1136/oem.58.6.361>

Kocakülâh, M. C., Kelley, A. G., Mitchell, K. M., & Ruggieri, M. P. (2011). Absenteeism Problems And Costs: Causes, Effects And Cures. *International Business & Economics Research Journal (IBER)*, 8(5), 81–88. <https://doi.org/10.19030/iber.v8i5.3138>

Kottwitz, M. U., Schade, V., Burger, C., Radlinger, L., & Elfering, A. (2018). Time Pressure, Time Autonomy, and Sickness Absenteeism in Hospital Employees: A Longitudinal Study on Organizational Absenteeism Records. *Safety and Health at Work*, 9(1), 109–

114. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.06.013>

- Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fatehi, F., & Jun, J. (2014). What Does Nurse Turnover Rate Mean and What Is the Rate? *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 15, 64–71. <https://doi.org/10.1177/1527154414547953>
- Krane, L., Johnsen, R., Fleten, N., Nielsen, C. V., Stapelfeldt, C. M., Jensen, C., & Braaten, T. (2014). Sickness absence patterns and trends in the health care sector: 5-year monitoring of female municipal employees in the health and care sectors in Norway and Denmark. *Human Resources for Health*, 12(1), 6–13. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-37>
- Krane, L., Larsen, E. L., Nielsen, C. V., Stapelfeldt, C. M., Johnsen, R., & Risør, M. B. (2014). Attitudes towards sickness absence and sickness presenteeism in health and care sectors in Norway and Denmark: A qualitative study. *BMC Public Health*, 14(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-880>
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lusociência.
- Leka, S., & Jain, A. (2016). EU Compass For Action on Mental Health and Wellbeing. *Summary and Analysis of Key Developments in Member States and Stakeholders*.
- Levin, R. P. (2017). How to manage short-term staff member absences. *Journal of the American Dental Association*, 148(5), 349–350. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2017.02.050>
- Maass, K. L., Liu, B., Daskin, M. S., Duck, M., Wang, Z., Mwenesi, R., & Schapiro, H. (2017). Incorporating nurse absenteeism into staffing with demand uncertainty. *Health Care Management Science*, 20(1), 141–155. <https://doi.org/10.1007/s10729-015-9345-z>
- Magee, C. A., Caputi, P., & Lee, J. K. (2016). Distinct longitudinal patterns of absenteeism and their antecedents in full-time australian employees. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21(1), 24–36. <https://doi.org/10.1037/a0039138>
- Marin, H. D. F. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, 2(1), 20–24. <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/4>
- Mashonganyika, O. (2004). *The relationship between job satisfaction and absenteeism: A study of the shop floor workers in a motor manufacturing plant*. January, 127.
- Mastekaasa, A. (2020). Absenteeism in the public and the private sector: Does the public sector attract high absence employees? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 30(1), 60–76. <https://doi.org/10.1093/jopart/muz003>
- Mbombi, M. O., Mothiba, T. M., Malema, R. N., & Malatji, M. (2018). The effects of absenteeism on nurses remaining on duty at a tertiary hospital of Limpopo province. *Curationis*, 41(1), 1–5. <https://doi.org/10.4102/curationis.v41i1.1924>
- Medina-Garrido, J. A., Biedma-Ferrer, J. M., & Sánchez-Ortiz, J. (2020). I can't go to work tomorrow! Work-family policies, well-being and absenteeism. *Sustainability (Switzerland)*, 12(14). <https://doi.org/10.3390/su12145519>
- Ministério da Saúde. (2015). *Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios*.

Relatório Final.

- Ministério da Saúde. (2018). *Relatório Social Do Ministério Da Saúde E Do Serviço Nacional De Saúde*. 240. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatório-Social-MS_SNS-2018-002.pdf
- Mintzberg, H., & Glouberman, S. (2001). Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation. *Health Care Management Rev*, 26, 56–69. <https://doi.org/DOI: 10.1097/00004010-200101000-00006>
- Mudaly, P., & Nkosi, Z. Z. (2015). Factors influencing nurse absenteeism in a general hospital in Durban, South Africa. *Journal of Nursing Management*, 23(5), 623–631. <https://doi.org/10.1111/jonm.12189>
- Murphy, I. J. (2014). Self-reported and employer-recorded sickness absence in doctors. *Occupational Medicine*, 64(6), 417–420. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu098>
- Musich, S., Hook, D., Banner, S., Spooner, M., & Edington, D. W. (2006). The association of corporate work environment factors, health risks, and medical conditions with presenteeism among Australian employees. *American Journal of Health Promotion*, 21(2), 127–136. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-21.2.127>
- NIOSH. (2008). *Exposure To Stress. Occupational Hazards in Hospitals*. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/pdfs/2008-136.pdf?id=10.26616/NIOSH PUB2008136>
- Nunes Barbosa, E. M., & Sousa Alves, E. M. (2015). Causes of absenteeism in the health sector in the Alentejo region and resolution measures. *Malopolska School of Economics in Tarnow*, 28(4), 47–57. <https://doi.org/DOI: 10.25944/znmwse.2015.04.4757>
- Oceanu, L., & Bucsa, R. C. (2013). The role of financial analysis in cost benefit analysis. *Economy Transdisciplinarity Cognition*, 16(2), 114–123.
- OE. (2010). *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciacriançajovem_aprovadoag_20nov2010.pdf
- OE. (2011). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE_SaudeCriancaJovem.pdf
- OECD. (2014). *Mental Health and Work: Netherlands*. https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-netherlands_9789264223301-en
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019. *Diário Da República, II Série (Nº 184 de 25-09-2019)*, 128–155.
- Oroviogiochea, C., Elliott, B., & Watson, R. (2008). Review: Evaluating information

- systems in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 567–575. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01985.x>
- Paiva, L. G., Dalmolin, G. D. L., Andolhe, R., & Dos Santos, W. M. (2020). Fatores associados ao absenteísmo-doença de trabalhadores da saúde: revisão de escopo. *Avances En Enfermería*, 38(2), 234–248. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n2.79437>
- Panella, J. J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN Journal*, 104(1), 11–22. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.004>
- Perry, J. N., Hooper, V. D., & Masiongale, J. (2012). Reduction of Preoperative Anxiety in Pediatric Surgery Patients Using Age-Appropriate Teaching Interventions. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 27(2), 69–81. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2012.01.003>
- Pestana-Santos, M., Santos, M. R., Cardoso, D., & Lomba, L. (2019). Non-pharmacological interventions used during the perioperative period to prevent anxiety in adolescents: A scoping review protocol. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(9), 1883–1893. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003925>
- Peutere, L., Saloniemi, A., Böckerman, P., Aho, S., Nätti, J., & Nummi, T. (2020). High-involvement management practices and the productivity of firms: Detecting industry heterogeneity. *Economic and Industrial Democracy*. <https://doi.org/10.1177/0143831X20961155>
- Pires, D. (2000). Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde: implicaciones para el trabajo en salud. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(2), 251–263. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672000000200010>
- Pires, D., Gelbcke, F. L., & Matos, E. (2004). Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(2), 311–326. <https://doi.org/10.1590/s1981-77462004000200006>
- Rauhala, A., Kivimäki, M., Fagerström, L., Elovainio, M., Virtanen, M., Vahtera, J., Rainio, A. K., Ojaniemi, K., & Kinnunen, J. (2007). What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 286–295. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04118.x>
- Rego, A., Pina e Cunha, M., Gomes, J. F. S., Campos e Cunha, R., Cabral-Cardoso, C., & Alves Marques, C. (2018). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano* (3ª). Edições Sílabo, Lda.
- Ribeiro, E. M., Pires, D., & Blank, V. L. G. (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 438–446. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2004000200011>
- Ribeiro, J. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 5), 27–36. <https://doi.org/10.12707/rii1062>
- Roberts, J. L. (1998). *Terminology. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services* (World Health Organization. Regional Office for Europe (ed.)).

- Robinson, R. (1993). Cost-benefit analysis. *Economic Evaluation and Health Care. BMJ (Clinical Research Ed.)*, 307(9), 924–926. <https://doi.org/DOI:10.1136/bmj.307.6909.924>
- Roelen, C. A. M., Bültmann, U., Groothoff, J. W., Twisk, J. W. R., & Heymans, M. W. (2015). Risk reclassification analysis investigating the added value of fatigue to sickness absence predictions. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(8), 1069–1075. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1032-3>
- Roelen, C. A. M., van Hoffen, M. F. A., Waage, S., Schaufeli, W. B., Twisk, J. W. R., Bjorvatn, B., Moen, B. E., & Pallesen, S. (2018). Psychosocial work environment and mental health-related long-term sickness absence among nurses. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 91(2), 195–203. <https://doi.org/10.1007/s00420-017-1268-1>
- Ropponen, A., Koskinen, A., Puttonen, S., & Härmä, M. (2020). A case-crossover study of age group differences in objective working-hour characteristics and short sickness absence. *Journal of Nursing Management*, 28(4), 787–796. <https://doi.org/10.1111/jonm.12992>
- Rullander, A. C., Lundström, M., Lindkvist, M., Hägglöf, B., & Lindh, V. (2016). Stress symptoms among adolescents before and after scoliosis surgery: Correlations with postoperative pain. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7–8), 1086–1094. <https://doi.org/10.1111/jocn.13137>
- Sanderson, K., & Andrews, G. (2006). Findings From Descriptive and Social Epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 63–75.
- Saruan, N. A. M., Yusoff, H. M., Fauzi, M. F. M., Puteh, S. E. W., & Robot, R. M. (2020). Unplanned absenteeism: The role of workplace and non-workplace stressors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 1–16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176132>
- Schmidt, B. J., & McArthur, E. C. (2018). Professional nursing values: A concept analysis. *Nursing Forum*, 53(1), 69–75. <https://doi.org/10.1111/nuf.12211>
- Schouteten, R. (2017). Predicting absenteeism: Screening for work ability or burnout. *Occupational Medicine*, 67(1), 52–57. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw161>
- Serrano, A. (n.d.). *O impacto da sociedade da informação no sistema de saúde em Portugal – uma visão de gestão*. http://www.apdsi.pt/wp-content/uploads/prev/2.9_antoniop_serrano_070626.pdf
- Sexton, J. B., Schwartz, S. P., Chadwick, W. A., Rehder, K. J., Bae, J., Bokovoy, J., Doram, K., Sotile, W., Adair, K. C., & Profit, J. (2017). The associations between work-life balance behaviours, teamwork climate and safety climate: Cross-sectional survey introducing the work-life climate scale, psychometric properties, benchmarking data and future directions. *BMJ Quality and Safety*, 26(8), 632–640. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006032>
- Shields, L. (2006). Family centred care: a review of qualitative studies. *J Clin Nurs*, 15(10). <https://doi.org/doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x>

- Sibbald, B. (2002). Could reduced absenteeism help solve health-worker shortage? *Canadian Medical Association Journal*, 166(3), 365. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC99331/>
- Silva, M. J. F., & Salvado, A. F. (2015). Análise custo-benefício - Metodologia para apoio à decisão em intervenções de Arquitetura, Engenharia e Construção. *Lnec*, 44.
- Smith, F. (1995). *Childrens nursing in practice: The Nottingham model* (B. Science. (ed.)).
- Steers, R. M., & Rhodes, S. R. (1978). Major influences on employee attendance: A process model. *Journal of Applied Psychology*, 63(4), 391–407. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.63.4.391>
- Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T., & Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), 291–302. <https://doi.org/10.1111/inr.12034>
- Thorsen, S. V., Pedersen, J., Flyvholm, M. A., Kristiansen, J., Rugulies, R., & Bültmann, U. (2019). Perceived stress and sickness absence: a prospective study of 17,795 employees in Denmark. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 92(6), 821–828. <https://doi.org/10.1007/s00420-019-01420-9>
- Ticharwa, M., Cope, V., & Murray, M. (2019). Nurse absenteeism: An analysis of trends and perceptions of nurse unit managers. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 109–116. <https://doi.org/10.1111/jonm.12654>
- Tørring, B., Gittell, J. H., Laursen, M., Rasmussen, B. S., & Sørensen, E. E. (2019). Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: An ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4362-0>
- Tumlinson, K., Gichane, M. W., Curtis, S. L., & Lemasters, K. (2019). Understanding healthcare provider absenteeism in Kenya: A qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4435-0>
- Unruh, L., Joseph, L., & Strickland, M. (2007). Nurse absenteeism and workload: Negative effect on restraint use, incident reports and mortality. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 673–681. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04459.x>
- Van Den Broeck, A., Elst, T. Vander, Baillien, E., Sercu, M., Schouteden, M., De Witte, H., & Godderis, L. (2017). Job Demands, Job Resources, Burnout, Work Engagement, and Their Relationships: An Analysis Across Sectors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(4), 369–376. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000964>
- Vedaa, Ø., Pallesen, S., Waage, S., Bjorvatn, B., Sivertsen, B., Erevik, E., Svensen, E., & Harris, A. (2017). Short rest between shift intervals increases the risk of sick leave: A prospective registry study. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(7), 496–501. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-103920>
- Vignoli, M., Guglielmi, D., Bonfiglioli, R., & Violante, F. S. (2016). How job demands affect absenteeism? The mediating role of work–family conflict and exhaustion. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(1), 23–31.

<https://doi.org/10.1007/s00420-015-1048-8>

- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Lusociência.
- WHO. (2006). *Working Together for Health*. https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
- WHO. (2010). Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices. *World Health Organization*, 1–131. http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf
- WHO. (2012). *Governance for Health in the 21st Century*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf
- WHO. (2016a). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>
- WHO. (2016b). *Working for health and growth: investing in the health workforce*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf>
- WHO. (2017). *Patient Safety: Making health care safer*.
- WHO. (2020). *State of the World's Nursing*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331677/9789240003279-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wicker, P. (2015). *Perioperative practice at a glance* (Wiley-Blackwell (ed.)).
- Williams, E. S., Rondeau, K. V., Xiao, Q., & Francescutti, L. H. (2007). Heavy physician workloads: Impact on physician attitudes and outcomes. *Health Services Management Research*, 20(4), 261–269. <https://doi.org/10.1258/095148407782219067>
- Wood, S., & Ogbonnaya, C. (2018). High-Involvement Management, Economic Recession, Well-Being, and Organizational Performance. *Journal of Management*, 44(8), 3070–3095. <https://doi.org/10.1177/0149206316659111>
- World Health Organization. (2016). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. *Who*, 64. https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1
- Zerbe Jr, R., & Bellas, A. (2006). *A primer for benefit-cost analysis* (E. E. P. Limited (ed.)).
- Zerbe Jr, R. O. (2010). *Towards Principles & Standards in the Use of Benefit-Cost Analysis*. <https://evans.uw.edu/wp-content/uploads/files//public/Final-Principles-and-Standards-Report.pdf>
- Zerbe, R. O. (2013). Ethical benefit-cost analysis as art and science: Ten rules for benefit-cost analysis. *Principles and Standards for Benefit-Cost Analysis, January 2013*, 264–293. <https://doi.org/10.4337/9781782549062.00014>
- Zhang, W., Sun, H., Woodcock, S., & Anis, A. H. (2017). Valuing productivity loss due to absenteeism: firm-level evidence from a Canadian linked employer-employee survey.

Health Economics Review, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0138-y>