

Geraldo Majela Garcia Primo

**O PERFIL DOS TRABALHADORES, SEU ADOECIMENTO E
ABSENTEÍSMO EM UM HOSPITAL PÚBLICO
UNIVERSITÁRIO**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação Em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG**

2008

Geraldo Majela Garcia Primo

**O PERFIL DOS TRABALHADORES, SEU ADOECIMENTO E
ABSENTEÍSMO EM UM HOSPITAL PÚBLICO
UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Saúde e trabalho).

Orientador: Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Co-orientadora: Emília Sakurai

Belo Horizonte

2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Ronaldo Tadeu Pena

Vice-reitor

Heloísa Maria Murgel Starling

Pro-reitor Pesquisa

Carlos Alberto Pereira Tavares

Pro-Reitor Pós-graduação

Jaime Arturo Ramirez

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Francisco José Penna

Vice-Diretor

Tarcizo Afonso Nunes

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Maria da Conceição Juste Werneck Cortes -

Sub-chefe

Andréa Maria Silveira

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador

Sandhi Maria Barreto

Sub-Coordenador

Mariângela Leal Cherchiglia

Colegiado

Ada Ávila Assunção

Elizabeth Barboza França

Fernando Augusto Proietti

Francisco de Assis Acúrcio

Maria Fernanda F.L. Costa

Soraya Almeida Belisário

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Waleska Teixeira Caiafa

Representantes discentes

Cristiane Amorim Andrade

Aline Dayrell Ferreira



UFMG

FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



ATA DA CENTÉSIMA TRIGÉSIMA QUARTA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **GERALDO MAJELA GARCIA PRIMO**, nº de registro 2006218438. Às quatorze horas do dia sete do mês de março de dois mil e oito, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar em exame final, o trabalho intitulado: **“O PERFIL DOS TRABALHADORES, SEU ADOECIMENTO E ABSENTEÍSMO EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO”** requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Saúde e Trabalho. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho final passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público para julgamento e expedição do resultado definitivo. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro/orientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADO</u>
Profa. Emília Sakurai/co-orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADO</u>
Profa. Marília Alves	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADO</u>
Profa. Maria Cecília Pereira Binder	Instituição: UNESP	Indicação: <u>APROVADO</u>

Pelas indicações, o candidato foi considerado APROVADO.
O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo presidente da comissão. Nada mais havendo a tratar o presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA que será assinada por todos os membros participantes da comissão examinadora. Belo Horizonte, 07 de março de 2008.

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro/orientador Tarcísio M. Pinheiro

Profa. Emília Sakurai/co-orientadora Emília Sakurai

Profa. Marília Alves Marília Alves

Profa. Maria Cecília Pereira Binder M. C. Binder

Profa. Sandhi Maria Barreto/Coordenadora Sandhi Barreto

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador

Prof. Sandhi Maria Barreto
Coord. PG. em Saúde Pública
Fac. de Medicina / UFMG



**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro, Emília Sakurai, Marília Alves, Maria Cecília Pereira Binder, aprovou a defesa de dissertação intitulada: **“O PERFIL DOS TRABALHADORES, SEU ADOECIMENTO E ABSENTEÍSMO EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO”**, apresentada pelo mestrando **GERALDO MAJELA GARCIA PRIMO** para obtenção do título de mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Saúde e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 07 de março de 2008.

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro
orientador

Profa. Emília Sakurai
Co-orientadora

Profa. Marília Alves

Profa. Maria Cecília Pereira Binder

Aos trabalhadores do Hospital,

que com sua dedicação e amor ao que fazem,
comprometem a própria saúde na missão de
minimizar o sofrimento e a dor do próximo.

Agradecimentos

Aos meus orientadores pela dedicação e objetividade;
aos demais professores pelos ensinamentos;
aos colegas de trabalho pelo incentivo e companheirismo;
à Direção do Hospital pela oportunidade e apoio;
aos meus pais e irmãos pela referência e união;
à Márcia, Marcela e Anelise pelo amor e carinho.

... “Ah, tem uma repetição, que sempre outras vezes em minha vida acontece. Eu atravesso as coisas - e no meio da travessia não vejo! - só estava era entretido na idéia dos lugares de saída e de chegada. Assaz o senhor sabe: a gente quer passar um rio a nado, e passa; mas vai dar na outra banda é num ponto muito mais em baixo, bem diverso do em que primeiro se pensou. Viver nem não é muito perigoso?”...

Guimarães Rosa

RESUMO

Dissertação de mestrado em saúde pública – área de saúde e trabalho desenvolvida no formato de artigos. O primeiro artigo intitulado: “Absentéismo no trabalho em saúde e fatores relacionados”, onde se apresenta uma revisão de literatura sobre o absentéismo por motivo de doença e fatores relacionados à sua magnitude e variabilidade, enfatizando-se os trabalhadores no setor hospitalar e da saúde. Foram apresentados os conceitos de absentéismo e seu contraponto, o presenteísmo. Os fatores relacionados ao absentéismo são aqueles relativos ao perfil sócio-demográfico e ao ambiente de trabalho incluindo os riscos psicossociais. As situações peculiares ao ambiente de trabalho em saúde e os elementos comportamentais, envolvidos no processo decisório, como a motivação e a relação do indivíduo com o trabalho e com seu processo de saúde-doença também foram considerados.

No segundo artigo analisou-se os indicadores de absentéismo de uma organização hospitalar pelo período de um ano. Foram consideradas as licenças homologadas pelo serviço médico, as licenças expedidas pela perícia médica e pelo INSS. 52,1% dos trabalhadores tiveram uma ou mais licenças durante o ano. A taxa de gravidade foi de 12,5 dias. O índice de absentéismo foi de 5,3%. A taxa de severidade foi de 8,3 dias e o índice de frequência por trabalhador foi de 1,9. Os fatores de risco identificados foram sexo feminino, vínculo estatutário, escolaridade fundamental e média, trabalho noturno, tempo de serviço, cargos de enfermagem e operacionais e setores de trabalho diferentes da administração. As nosologias mais frequentes foram as doenças respiratórias, do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e os transtornos mentais e do comportamento. Identificou-se dois agrupamentos básicos: aqueles que se afastaram por curto período por doenças respiratórias, ap. digestivo e sintomas e sinais gerais; e o segundo grupo se afasta por tempo prolongado por transtornos mentais, neoplasias e outras doenças crônico-degenerativas. As doenças osteomusculares, também de alta prevalência, têm maior variabilidade de tempo de duração. Os estudos confirmam o absentéismo como importante indicador de saúde, da situação de trabalho organizacional e de motivação dos trabalhadores. A escassa disponibilidade de estatísticas de absentéismo, principalmente na área da saúde, dificulta a análise dos dados em sua magnitude e comparações com outras instituições e sua evolução ao longo dos anos. O incentivo à apuração do absentéismo pelas organizações, entidades de classe, órgãos normatizadores e instituições de pesquisa poderia ser um fator de atuação nessa realidade.

ABSTRACT

Master's dissertation in public health – work and health area - developed under an article's format. The first article, titled "Absenteeism in work in health area and related factors", presents a literature revision about the absenteeism, caused by illnesses, and factors related to its magnitude and variability. The article emphasizes the workers from hospital and from health sectors. The absenteeism concepts and its counterpoint, presenteeism, are presented. The factors related to the absenteeism are those related to the socio-demographic profile and to the work environment, including the psychosocial risks. The peculiar situations of work environment in health area and the behavior elements involved in the decisive process were also considered, as well as the motivation and the individual relationship with work and with its health-disease process.

In the second article, the absenteeism indicators of a hospital organization have been analyzed in the period of one year. Only the licenses homologated by the medical services or those expedited by the medical expertness or by the INSS were considered. The absenteeism index reached 5,3%. The severity rate reached 8,3 days; the danger rate, 12,5 days and the average frequency per worker reached 1,9. The identified risk factors were: feminine sex, legal bond, schooling, nocturnal work, service time, nursing positions, operational positions and distinct work sectors of administration. The nosology which have been more frequent were respiratory illnesses, musculoskeletal system and connective tissue diseases and mental and behavior disorder. Two basic groupings have been identified: workers who have been moved off for a short period of time due to respiratory illnesses, digestive system diseases and general symptoms, and a second group, with a drawn out remoteness caused by mental disorder, neoplasia and other chronic-degenerative illnesses. The musculoskeletal diseases, also with high prevalence, generate remoteness for long or short periods. The studies upheld the absenteeism as an important health indicator, as well as a worker motivation indicator and organizational work situation pointer. The scant availability of absenteeism statistics, especially in health area, hampers the data analyzes in its magnitude, the comparisons with others institutions and its evolution throughout the years. The incentive to the verification of the absenteeism by the organizations, classes entities and research institutions could be a factor of performance in this entity.

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1.1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVOS GERAIS	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	ARTIGO 1: “Absentéismo no trabalho em saúde: fatores relacionados”	19
3.1	INTRODUÇÃO	20
3.2	MATERIAL E MÉTODOS	21
3.3	ABSENTEÍSMO NO SETOR HOSPITALAR	22
3.4	DISCUSSÃO	28
3.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
3.6	ABSTRACT	33
3.7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
4	ARTIGO 2: “Absentéismo em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária”	38
4.1	INTRODUÇÃO	39
4.2	MATERIAL E MÉTODOS	40
4.3	RESULTADOS	43
4.4	DISCUSSÃO	56
4.5	CONCLUSÃO	60
4.6	ABSTRACT	62
4.7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
6	APÊNDICES	68
6.1	PROJETO DE PESQUISA: “O perfil dos trabalhadores, seu adoecimento e absentéismo em um hospital público universitário”	69
7	ANEXOS	107
7.1	FOLHA DE APROVAÇÃO DO PROJETO P/ DEPARTAMENTO	108
7.2	FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	109
7.3	CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO	110

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As ausências no trabalho por motivo de doença têm importância na saúde pública, uma vez que indicam um processo de adoecimento dos trabalhadores e têm também impacto econômico, pois interferem na produção, aumentam o custo operacional e reduzem a eficiência no trabalho. O absenteísmo também acarreta sobrecarga àqueles que permanecem no trabalho tendo que executar também as atividades dos colegas ausentes podendo levar ao aparecimento de novos problemas de saúde e possíveis afastamentos no futuro.

Enquanto profissional de Saúde do Trabalhador de um hospital universitário, no atendimento aos trabalhadores e também na assessoria de planejamento deste hospital, identifiquei o absenteísmo como uma questão intrigante e relevante a ser enfrentada.

A pergunta central que norteou esta investigação foi: qual é a magnitude e o perfil do absenteísmo hospitalar? Partimos da hipótese de que nesta instituição o absenteísmo se distribui de forma heterogênea com variações no interior de seus diversos setores e guardando uma relação com os fatores de riscos ocupacionais, da organização do trabalho e com as características da força de trabalho contratada.

1.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Ministério da Saúde através da edição do livro *Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde*¹ reconhece a correlação entre o trabalho e o processo saúde-doença classificando-as de acordo com sua relação com o trabalho e para os mais diversos órgãos e sistemas do corpo humano.

¹ Ministério da Saúde, Representação do Brasil da OPAS OMS. Organizado por Elizabeth Costa Dias. *Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Ministério da Saúde do Brasil. Brasília.2001

Em um “Espectro de Resposta Biológica”² podemos organizar essas informações de forma hierarquizada e de acordo com os diversos níveis de acometimento: base populacional; estilo de vida, condições e processos de trabalho, riscos ocupacionais; alterações de exames laboratoriais e provas funcionais; morbidade sem absenteísmo; morbidade causadora de absenteísmo de curto prazo, morbidade causadora de absenteísmo de longo prazo; aposentadoria por invalidez e morte.

O acompanhamento epidemiológico de um grupo de trabalhadores se daria, portanto a partir de uma hierarquização de fatores que vão desde os aspectos mais gerais, como a caracterização sócio-demográfica e do ambiente laboral até o evento mais grave do trabalho sobre o homem, ou seja, a morte.

O absenteísmo laboral, evento intermediário nesta cadeia hierárquica, ainda que justificado mediante licença-médica, não significa que tais ausências sejam exclusivamente por causas médicas. Mesa e Kaempffer³ apresentam quatro modelos explicativos para o absenteísmo com diferentes enfoques: econômico, psicossocial, médico e de “êxito organizacional”:

1. Modelo econômico: este modelo sustenta que o comportamento absenteísta se deve a interação de forças: as motivações individuais de ausência dos trabalhadores e quanta ausência pode ser tolerada pelos empregadores, de acordo com a tecnologia de produção que é utilizada.
2. Modelo psicossocial: este modelo sustenta que diferentes culturas de ausência emergem como resultado de interação de indivíduos, grupos de trabalho e a organização. O total de tempo perdido cria uma cultura de ausência em distintos ambientes de trabalho e ocupações. A decisão de se ausentar é tomada no âmbito de uma cultura que pode ser dependente, moral, fragmentada ou conflitiva. A ausência é uma conduta individual dentro de um contexto social.

² Reis P; Ribeiro PCL. Detecção de agravos à saúde relacionados com o trabalho e o uso gerencial da informação. In: Mendes R. *Patologia do Trabalho*. 2º ed. Atualizada e Ampliada. Editora Atheneu. São Paulo, 2003.

³ Mesa M, FR; Kaempffer R AM. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. *Rev. méd. Chile.*, 132(9):1100-1108, 2004.

3. Modelo Médico: segundo esse enfoque existem fatores que contribuem para um padrão de absenteísmo laboral: demográficos (idade, sexo, perfil de ocupação), satisfação com o trabalho (geral, remuneração, sentido de realização, etc.), características organizacionais (tamanho, etc.), conteúdo do trabalho (níveis de autonomia e responsabilidade) e outros fatores como compromisso individual, distância do trabalho, etc..
4. Modelo do “êxito organizacional”: este modelo sustenta que os trabalhadores que vão se retirar da organização voluntariamente, têm uma maior taxa de absenteísmo do que aqueles que irão permanecer. Os trabalhadores que saem tendem a ser mais jovens e menos qualificados. Os trabalhadores mais velhos e de melhor posição na empresa tendem a permanecer na mesma e, portanto faltam menos ao trabalho.

De acordo com os modelos apresentados, com ênfases completamente distintas, é justo pensar que há uma interação entre os fatores, sendo provável que um modelo mais completo deveria incorporar todas as variáveis em maior ou menor grau. Para efeito desse trabalho, adotou-se o modelo médico apontado acima para análise dos dados encontrados.

Ferreira (1986)⁴ define absenteísmo como a ausência habitual do emprego. O absenteísmo, absentismo ou ausentismo é uma expressão utilizada para designar a falta do empregado ao trabalho, isto é, a soma dos períodos em que os empregados de determinada organização se encontram ausentes do trabalho, não sendo a ausência motivada por desemprego, doença prolongada ou licença legal (CHIAVENATO, 1994)⁵.

Chiavenato (1985)⁶ considera como causas de absenteísmo: doenças efetivamente comprovadas, doenças não comprovadas; razões diversas de caráter familiar; atrasos involuntários e faltas voluntárias por motivos diversos. Segundo o autor, não se deve incluir o acidente de trabalho entre as causas de absenteísmo, quando se pretende comparar esses índices.

4 Ferreira ABH. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 1986. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira 1838 p.

5 Chiavenato, I. *Recursos Humanos na Empresa*. 1994. 3º ed. São Paulo. Editora Atlas. 139 p.

6 Chiavenato, I. *Recursos humanos*. 1985. São Paulo. Editora Atlas. 377 p.

Para a OIT (Organização Internacional do Trabalho, 1991)⁷, o absenteísmo é definido como a falta ao trabalho por parte de um empregado, ao passo que o absenteísmo por licença médica consiste no período de baixa laboral atribuído a uma incapacidade do indivíduo contabilizado desde o início e à margem de sua duração.

O absenteísmo por doença, pode ser subdividido nos acidentes de trabalho e no adoecimento propriamente dito. A Convenção 161, adotada na 71^a Conferência Internacional do Trabalho, realizada em 1985 (ratificada pelo Brasil em 1990), que trata especificamente da regulamentação dos Serviços de Saúde no Trabalho evidenciam a importância de registrar as causas de absenteísmo, desde que os dados sejam utilizados exclusivamente para objetivos epidemiológicos. Vários índices são descritos e podem ser utilizados como indicadores. A International Commission on Occupational Health (ICOH) criou em 1960, uma série de “índices de absenteísmos por doença”, simplificados em 1978, prevalecendo até os dias de hoje⁸: (tabela 1)

Tabela 1: indicadores de absenteísmo e definições

Índice	Sigla	Forma de calcular
Índices de frequência (licenças médicas)	IFL	Números de início de licença por ano dividido pela população sob risco
Índice de duração (dias)	IDD	Número de dias de ausência por ano dividido pela população sob risco
Índice de prevalência momentânea	IPM	Número de trabalhadores ausentes em determinado dia dividido pela população trabalhadora referente ao mesmo dia
Índice de Frequência (trabalhadores)	IFT	Número de trabalhadores com uma ou mais licenças por ano dividido pela população sob risco.
Proporção de tempo perdido	PTP	Número de dias de trabalho perdidos em determinado período de tempo dividido pelo número programado de dias de trabalho no mesmo período multiplicado por 100

Várias outras nomenclaturas são usadas no estudo do absenteísmo, de acordo com o país e fazendo-se analogias com outros indicadores epidemiológicos. Assim, o IDD (índice de duração) também é conhecido como “taxa de gravidade ou incapacidade”. A relação entre a

⁷ OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Enciclopédia de Salud, Seguridad e Higiene em el trabajo. 1991. España: Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo Y Seguridad Social. vol. 1, p 5-11

⁸ Reis P; Ribeiro PCL. Detecção de agravos à saúde relacionados com o trabalho e o uso gerencial da informação. In: Mendes R. *Patologia do Trabalho*. 2^o ed. Atualizada e Ampliada. Editora Atheneu. São Paulo, 2003.

quantidade de dias pela quantidade de licenças, fornece a duração média de cada licença (taxa de severidade). O *índice de absenteísmo* (IA) para Alves⁹ (1994) é o percentual do número de homens/dia perdidos por ausência ao trabalho dividido pelo produto do efetivo médio de pessoal e o número de dias de trabalho no período.

$$IA. = \frac{\text{N}^\circ. \text{ de homens/dia perdidos por ausência ao trabalho}}{\text{Efetivo médio} \times \text{n}^\circ. \text{ de dias de trabalho/ano}} \times 100$$

Fazem-se necessários a aplicação de indicadores padronizados, tanto em sua nomenclatura, utilização e relevância, pois esta não padronização dificulta a comparação dos dados entre as instituições e o estabelecimento de parâmetros.

Couto¹⁰ (1987) recomenda que as estatísticas de absenteísmo sejam apresentadas de forma mais palpável para que sua magnitude seja visualizada pelos administradores e tomadores de decisão. A repercussão de dizer que numa empresa de 650 empregados a percentagem de tempo perdido é de 2,2% é uma; se dissermos que isto equivale a mais de 14 empregados faltando ao trabalho durante todos os dias do mês, a repercussão é outra.

O trabalho em saúde é considerado como fonte de vários fatores de risco, tanto que recebeu por parte do Ministério do Trabalho, tratamento específico, quando este promulgou a Norma Regulamentadora número 32 (NR-32) que trata das condições e necessidades dos trabalhadores em atividades de atenção à saúde.

Essa norma tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em estabelecimentos de assistência à saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Define também alguns critérios de monitoramento de riscos físicos, químicos e biológicos já estabelecidos tradicionalmente para a saúde.

Os riscos químicos a que estão sujeitos os trabalhadores da saúde compreende os solventes orgânicos e inorgânicos, os gases medicinais e drogas que devem ser manuseadas de acordo com critérios de proteção, como filtros HEPA e capelas de fluxo laminar.

⁹ Alves M. O absenteísmo do pessoal de enfermagem nos hospitais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre: 15(1-2): 71-75, 1994.

¹⁰ Couto, HA. *Temas de saúde ocupacional*. Coletâneas de cadernos ERGO. Belo Horizonte. ERGO.432 p.1987.

Os riscos físicos típicos do ambiente hospitalar compreendem os equipamentos de radiodiagnóstico (Rx convencional, tomógrafos, ressonância magnética, medicina nuclear) que requerem ações específicas de radioproteção. Determinados ambientes hospitalares também estão sujeitos a riscos como o ruído e calor.

Os agentes biológicos a que estão sujeitos os trabalhadores da saúde estão classificados no anexo I da NR32:

- Grupo 1: os que apresentam baixa probabilidade de causar doenças ao homem;
- Grupo 2: os que podem causar doenças ao homem e constituir perigo aos trabalhadores, sendo diminuta a probabilidade de se propagar na coletividade e para as quais existem, geralmente, meios eficazes de profilaxia ou tratamento;
- Grupo 3: os que podem causar doenças graves ao homem e constituir um sério perigo aos trabalhadores, com risco de se propagarem na coletividade e existindo, geralmente, profilaxia e tratamento eficaz;
- Grupo 4: os que causam doenças graves ao homem e que constituem um sério perigo aos trabalhadores, com elevadas possibilidades de propagação na coletividade e, para as quais, não existem geralmente meios eficazes de profilaxia ou de tratamento.

Os riscos ergonômicos e psicossociais decorrem da organização e gestão do trabalho, como os decorrentes de manuseio do paciente, os movimentos repetitivos, a utilização de equipamentos, máquinas e mobiliários inadequados, trabalho em turnos e noturnos, monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, ausência de treinamento e orientação no trabalho e outros.

Os riscos mecânicos e de acidentes são aqueles ligados à proteção de máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes de trabalho.¹¹

11 Ministério da Saúde, Representação do Brasil da OPAS OMS. Organizado por Elizabeth Costa Dias. *Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Ministério da Saúde do Brasil. Brasília.2001

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer o perfil de adoecimento e de afastamento dos trabalhadores de uma instituição hospitalar, em seus aspectos epidemiológicos e ocupacionais pelo período de um ano.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Rever a literatura nacional e internacional sobre absenteísmo, notadamente na área da saúde dos trabalhadores do setor hospitalar, para melhor capacitação na análise e discussão dos resultados encontrados.
- Descrever e analisar o perfil dos trabalhadores e do absenteísmo de uma instituição hospitalar.
- Calcular indicadores relativos ao absenteísmo, tais como, índices de frequência de licenças médicas, índice de duração, índice de frequência de trabalhadores e proporção de tempo perdido e o índice de absenteísmo, analisados globalmente e discriminados por cargo, setor de trabalho, categoria profissional e outros aspectos organizacionais.
- Descrever e analisar o perfil de morbidade dos trabalhadores dessa mesma instituição

Esta dissertação de mestrado será apresentada em formato de dois artigos, a saber:

Primeiro artigo (revisão de literatura): “Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados”

Segundo artigo: “Absenteísmo em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária. ”

3 ARTIGO 1:

Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados.

RESUMO

Apresenta-se uma revisão de literatura sobre o absenteísmo por motivo de doença e fatores relacionados à sua magnitude e variabilidade, enfatizando-se os trabalhadores no setor hospitalar e da saúde. Foram apresentados os conceitos de absenteísmo e seu contraponto, o presenteísmo. Os fatores relacionados ao absenteísmo são aqueles relativos ao perfil sócio-demográfico e ao ambiente de trabalho incluindo os riscos psicossociais. As situações peculiares ao ambiente de trabalho em saúde, e os elementos comportamentais, envolvidos no processo decisório, como a motivação e a relação do indivíduo com o trabalho e com seu processo de saúde-doença também foram considerados. São apresentadas também algumas iniciativas de intervenção no ambiente de trabalho e suas repercussões nas taxas de absenteísmo. As evidências estatísticas e as análises conceituais confirmam a importância de se acompanhar as taxas de absenteísmo como um indicador, não só da situação epidemiológica, mas também das condições laborais, dos riscos específicos, do clima organizacional e do grau de comprometimento do grupo estudado.

PALAVRAS-CHAVE:

Absenteísmo; organizações em saúde; recursos humanos em saúde; saúde do trabalhador;
Doenças Ocupacionais; saúde pública; administração de serviços de saúde; gestão em saúde.

3.1 INTRODUÇÃO

O trabalho ocupa a maior parte do tempo de nossas vidas, notadamente de nossos anos mais saudáveis. Sinal dos tempos modernos, o trabalho está tão imbricado em nosso dia-a-dia que chegamos a confundir saúde com capacidade para o trabalho. Melhor dizendo: “sei que estou doente quando não consigo trabalhar.” É possível identificar desde a Antiguidade, embora de forma não sistemática ou não reconhecida, elementos que relacionam o trabalho a determinados padrões de doenças e condições de sofrimento e até mesmo morte prematura de determinados grupos de trabalhadores.¹ A influência do trabalho enquanto fator causal de dano ou agravo à saúde está hoje bem estabelecida e dimensionada em sua importância e magnitude.² O Ministério da Saúde reconhece a correlação entre o trabalho e o processo saúde-doença classificando essas doenças para os órgãos e sistemas do corpo humano.³

O absenteísmo, conforme a Organização Internacional do Trabalho (OIT) é definido como: “a falta ao trabalho por parte de um empregado, ao passo que o absenteísmo por licença médica consiste no período de baixa laboral atribuído a uma incapacidade do indivíduo contabilizado desde o início e à margem de sua duração.”⁴ As ausências no trabalho por motivo de doença têm importância na saúde pública, uma vez que indicam um processo de adoecimento dos trabalhadores e têm impacto econômico, pois interferem na produção, aumentam o custo operacional e reduzem a eficiência no trabalho. O absenteísmo acarreta sobrecarga àqueles que permanecem no trabalho tendo que executar também as atividades dos colegas ausentes podendo levar ao aparecimento de novos problemas de saúde e possíveis afastamentos no futuro.

Contraopondo-se ao absenteísmo, foi identificado nos últimos anos um novo fenômeno: a presença do trabalhador, ainda que doente, no seu local de trabalho. O *presenteísmo* pode ser entendido como resultado das novas relações de trabalho, caracterizadas pelas altas taxas de

desemprego, reestruturação nos setores públicos e privados, diminuição no tamanho da organização, redução do número de empregados, aumento do número de pessoas com contratos temporários e redução dos benefícios na empresa e entidades governamentais.⁵

O trabalho em saúde é considerado como fonte de vários fatores de risco, tanto que recebeu por parte do Ministério do Trabalho, tratamento específico, quando este promulgou a Norma Regulamentadora número 32 (NR-32) que trata das condições e necessidades dos trabalhadores em atividades de atenção à saúde.⁶ No Brasil, o setor saúde emprega 7,5% da mão de obra do mercado formal, sendo que o setor hospitalar corresponde a 62% desse contingente.⁷ Numericamente perfazem no Brasil mais de 2,5 milhões de trabalhadores. Na América Latina, Estados Unidos e Caribe totalizam cerca de 20 milhões de trabalhadores.⁸ O setor hospitalar, enquanto ramo de atividade classificado pela Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), apresentou em 2005 uma taxa de acidentes de trabalho de 58,89 por 1000 vínculos, enquanto a média nacional ficou em 19,85.⁹

Este trabalho apresenta uma revisão da literatura sobre a situação do absenteísmo no setor saúde e notadamente no setor hospitalar. Discrimina os diversos fatores que têm sido considerados relevantes nas estatísticas de ausência ao trabalho por motivo de doença e medidas preventivas que têm sido tomadas para minimizar essas taxas. Tece comentários sobre fatores peculiares ao setor saúde que estão implicados nesses valores e que muitas vezes são de difícil percepção e mensuração.

3.2 MATERIAL E MÉTODOS

A revisão bibliográfica se deu a partir de pesquisa na Base de dados: *MEDLINE via BIREME no período de 1996 a 2006 com o descritor [absenteísmo] e a Palavra [hospital] encontrando-se 231 artigos dos quais 37 foram selecionados pelo título.* Na base de dados *WEB OF SCIENCE, até 2006, com o Subject categories: Public, environmental & occupational health*

e o descritor [*absenteísmo*] encontrou-se 517 artigos, dos quais 50 foram selecionados pelo título. Na base de dados *LILACS até 2006* e com o descritor [*absenteísmo*] e a palavra [*hospital*] foram encontrados 82 artigos. Os artigos de língua inglesa, portuguesa ou espanhola foram selecionados pelo título e pelo resumo de acordo com a proposta temática de estudo. Aqueles considerados de interesse foram recuperados e lidos integralmente.

3.3 ABSENTEÍSMO NO SETOR HOSPITALAR

As taxas de absenteísmo apresentadas nos estudos em hospitais brasileiros variaram de 3,0 a 27,9 dias de afastamento/trabalhador/ano. O índice de absenteísmo (dias de ausência x 100/dias esperados x população laboral) variou de 1,23 a 6,82 e a média de duração das licenças (taxa de severidade) ficou entre 3,9 a 27,9 dias.^{10,11,12,13,14,15}

Mesa e Kaempffer¹⁶ levantaram dados de absenteísmo de mais de 30 anos em quatro segmentos de trabalho no Chile: hospitais, minas, indústria automobilística e universidades e organizações de pesquisa. O setor hospitalar apresentou as mais altas taxas. O Índice de duração-dias (IDD) ou taxa de incapacidade foi de 14,3 dias/funcionário/ano. O índice de frequência de trabalhadores (IFT) foi de 1,3 e a duração média das licenças (taxa de severidade) foi de 10,6 dias (Tabela 1)

Tabela 1: Comparação do absenteísmo entre vários seguimentos de organizações

Setor	População laboral	Número de Licenças	Dias de licença	IDD (Tx. De incapacidade)	Taxa de frequência	Taxa de severidade
Hospitalar	6825	9190	97422	14,3	1,3	10,6
Mineração	7.577	10.438	91647	12,0	1,3	8,7
Industrial	849	470	6070	7,1	0,6	12,9
Universitário	1981	1481	12234	6,2	0,7	8,2

Adaptado de Mesa e Kaempffer¹⁶

3.3.1 FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

A tendência de senso comum é considerar o absenteísmo como indicador direto da morbidade do grupo estudado. Esta é uma verdade parcial. O absenteísmo é um fenômeno multicausal e

deve ser analisado à luz da sua complexidade, contemplando fatores relativos à instituição e à classe de trabalhadores em seu ambiente e contexto organizacional e social, os riscos à que estão sujeitos e implicações subjetivas no ato de se ausentar do trabalho.

As pesquisas sobre absenteísmo procuram identificar as condições pessoais ou de natureza sócio-demográficas que o influenciam. Assim foram encontradas variações positivas nas profissões de nível elementar como auxiliar de serviços gerais, técnico de nutrição e dietética, auxiliar de cozinha e também entre os auxiliares e técnicos de enfermagem.^{12,14} A categoria de enfermagem tem sido bastante estudada e os índices de absenteísmo são elevados considerando-a isoladamente ou quando comparados com outras categorias.^{10,12,13,17,18,19,20} Por sua vez, entre os médicos tem sido observada uma tendência a baixo absenteísmo e altos índices de presenteísmo.^{14,15,21}

Lim *et al*¹⁴ compararam o absenteísmo de trabalhadores em um Hospital de Ensino. As 142 profissões foram agrupadas em seis grandes tipos: médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde em contato direto com o paciente (farmacêuticos, psicólogos, pessoal de enfermagem, etc.), pessoal de laboratório e apoio propedêutico, pessoal de escritório e trabalhadores manuais (motoristas, mecânicos, pedreiros, etc.). Considerável diferença no absenteísmo de curta duração foi encontrada entre os diversos tipos: a taxa entre os médicos foi quase nove vezes menor que entre o pessoal de laboratório: respectivamente, 34 episódios para cada 100 trabalhadores-ano contra mais de 300 episódios para cada 100 trabalhadores-ano. Embora o pessoal de enfermagem tivesse taxa quase quatro vezes maior que os médicos, o número foi considerado pequeno comparado com outras categorias. O absenteísmo de longa duração apresentou menor variação entre os diversos tipos. Os médicos novamente tiveram as menores taxas (menos que 7 episódios por 100 trabalhadores-ano), enquanto trabalhadores manuais e outros profissionais de saúde apresentaram taxas quatro vezes maiores e significativamente mais altas que os outros grupos. (tabela 2)

Tabela 2: absenteísmo entre trabalhadores de um hospital de ensino, por tipo e duração

Tipo	Curta-duração (1 a 3 d)	Longa-duração (> 3d.)	Média de dias perdidos
	Taxa de episódios/100 Trabalhadores-ano (IC95%)	Taxa de episódios/100 Trabalhadores-ano (IC95%)	Trabalhadores-ano
Médicos	34,2 (29,4-40,0)	6,6 (4,4-9,4)	1,0
Enfermeiros	135,2 (130,4-140,2)	19,8 (18,0-21,7)	2,9
Outros profissionais de saúde	264,9 (252,6 -277,6)	26,9 (23,1–31,2)	4,5
Apoio propedêutico	312,1 (296,6 - 328,3)	12,6 (9,7-16,2)	4,4
Pessoal de escritório	229,5 (219,0 -240,3)	17,4(14,6-20,6)	3,6
Trabalhadores braçais	259,6 (250,9-268,5)	28,3 (25,5-31,4)	4,6

Adaptado de Lim *et al*¹⁴

Outros fatores que aumentaram o absenteísmo foram: baixa escolaridade ^{14,22,23,24}; idade avançada^{14,23,25}; estado civil casado^{14, 24} e sexo feminino.^{12,22,23,26,27} Ala-Mursula²⁸

identificou que o aumento do absenteísmo está associado com hábito de fumar, obesidade e sedentarismo. De acordo com Isosaki²⁶, a jornada de trabalho e presença de crianças em casa também influencia na elevação dessas taxas.

3.3.2 FATORES ORGANIZACIONAIS

Uma multiplicidade de fatores da organização do trabalho interfere nas taxas de absenteísmo, seja no sentido de facilitar seu aparecimento ou minimiza-lo. Os aspectos enfatizados dizem respeito à natureza da organização, as condições de risco, o processo de trabalho e elementos de natureza relacional dentro e fora da empresa. As instituições públicas têm taxa maior que as privadas.^{10,29} Similarmente a estabilidade no emprego favorece seu incremento^{11,23,30}. O contato direto com pacientes parece ter alguma influência, ou seja, trabalhar em unidades de internação aumenta o absenteísmo comparado com outros postos de trabalho.^{12,13,18}

Os critérios de concessão e os protocolos utilizados para se conceder o atestado parecem influenciar na incidência do absenteísmo e na sua duração. Silva e Marziale¹³ constataram que os atestados que dispensavam a perícia médica (1 e 2 dias) corresponderam a 79% dos atestados emitidos na instituição estudada.

A natureza das relações pessoais e hierárquicas dentro da organização refletem no incremento das taxas de absenteísmo: a relação do trabalhador com seu ambiente familiar e como a chefia administra essa problemática;²⁶ a exigência de assiduidade e baixa capacidade de flexibilidade no ritmo do trabalho;²⁷ o clima organizacional desfavorável, limitações na carreira, baixa qualidade do trabalho em equipe e constrangimentos pessoais podem aumentar as ausências ao trabalho.^{15,31,32,33,34} Serxner *et al*³⁵ observaram que o comportamento de risco no ambiente laboral na área da saúde favorece o absenteísmo.

Kivimaki *et al.*¹⁵ em seguimento com grupo de médicos e grupo controle por dois anos, constataram que o trabalho em equipe teve o mais forte impacto no absenteísmo nos médicos, mas não no grupo controle. Médicos que trabalhavam em equipes mal estruturadas tiveram mais chances de terem absenteísmo de longa duração que médicos que trabalhavam em equipes fortes. [OR=1,8 (IC95% 1,3-3,0)].

3.3.3 O RISCO PSICOSSOCIAL

O estresse no trabalho tem se convertido numa das principais causas de afastamento em vários seguimentos laborais. A aparição desse fenômeno pode ser atribuída às exigências da organização do trabalho.³⁴ As repercussões desse fenômeno do ponto de vista da perda de produtividade, absenteísmo, perda da qualidade de vida e adoecimento são enormes e de difícil mensuração, por tratar-se de risco, muitas vezes, não reconhecido ou declarado.³⁶

Nos últimos anos, alguns modelos têm surgido para sistematizar e permitir análise e intervenção nas situações de trabalho que podem levar ao estresse.³⁶ O Modelo de Demanda e Controle desenvolvido por Karazek³⁷ tem encontrado adeptos no mundo e vários estudos estão sendo realizados para testar o modelo e suas implicações em diversos aspectos, inclusive nas taxas de absenteísmo.^{28,38,39,40} O modelo se baseia nas características

psicossociais do trabalho: as demandas psicológicas que este estabelece e uma certa combinação dos controle das tarefas e o uso das capacidades (a chamada *latitude de tomada de decisão*).⁴¹

A primeira hipótese é que as reações de tensão psicológicas mais negativas (fadiga, ansiedade, depressão e enfermidades físicas) se produzem quando as exigências psicológicas do posto de trabalho são grandes e, além disso, há uma escassa amplitude de tomada de decisão do trabalhador. Estabelece-se a denominada “tensão psicológica”. Não é só a liberdade de ação a respeito da maneira de realizar a tarefa formal que libera a tensão: a liberdade para participar de “rituais” informais; a pausa para o café, para fumar, para “perambular” um pouco, atua também como mecanismos complementares de liberação da tensão durante a jornada de trabalho.⁴² Resumidamente o modelo afirma que, os postos de trabalho com grandes exigências e escassos controles sobre a tarefa – e também com escasso apoio social – são os que maior risco de enfermidade apresentam.

Observa-se que, em geral, o baixo controle sobre o trabalho e falta do suporte social se relacionam diretamente com o aumento do absenteísmo.^{23,38,39,43} Nos estudos em que se tentou interferir nas variáveis em questão, ou seja, o aumento do controle sobre o trabalho e a diminuição das tensões psicológicas, verifica-se que os resultados ainda não são claros quanto à consistência das mudanças e sua influência no absenteísmo.^{39,43} Observa-se que o impacto das mudanças é mais efetivo no absenteísmo de longa duração.³⁸

3.3.4 PERFIL DE MORBIDADE

O perfil de morbidade estabelecido a partir do diagnóstico atribuído por ocasião da concessão da licença tem fundamental importância na avaliação das condições de trabalho e das conseqüências no adoecimento dos trabalhadores. Diversos estudos têm apontado resultados semelhantes. As nosologias mais comuns na área da saúde têm sido as músculo-

esqueléticas,^{11,12,13,16,22,25,26,44,45} as do aparelho respiratório para o absenteísmo de curta duração,^{11,12,13,16,22} e os transtornos mentais para as ausências de longa duração.^{12,25,44,45}

Dentre os transtornos mentais merece destaque a *síndrome de burnout*. Vista como estado de exaustão física e emocional, resultado de estresse ou frustração prolongada, a síndrome foi inicialmente diagnosticada nos anos 1970 e vem sendo encontrada em larga variedade de profissionais de saúde. O *burnout* leva a transtornos físicos e mentais e também ao abuso de substâncias. Os profissionais de risco incluem médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentistas, cuidadores, membros dos serviços de emergência, de saúde mental, fonoaudiólogos, entre outros.⁴⁶

Borritz *et al.*⁴⁷ verificaram que, entre diversos segmentos, cuidadores domiciliares e parturientes atingiram os mais altos níveis de burnout. Mudanças individuais na intensidade de burnout levaram ao aumento das taxas de absenteísmo de curto e de longo prazo. A taxa de absenteísmo variou de 13,9 para 6,0 dias entre o mais alto e o mais baixo quartil de burnout.

3.3.5 MEDIDAS PREVENTIVAS

Com o reconhecimento da importância de se cuidar do absenteísmo enquanto indicador sintomático da condição de saúde e do desempenho dos trabalhadores e da organização do trabalho, novas medidas têm sido propostas e implementadas naqueles que seriam os fatores que o influenciam. McCluskey *et al.*⁴⁸ constataram que o contato precoce, identificação de obstáculos psicossociais, modificação temporária do ambiente de trabalho e comunicação com os colegas reduziu o absenteísmo de 10,8 para 6,5 dias.

Lavoie-Tremblay *et al.*⁴¹ em uma organização de cuidados de longo prazo, introduziram mudanças no sentido de diminuir as condições estressantes da organização identificadas previamente pela própria equipe. Os resultados foram avaliados a partir de questionários de

avaliação do conteúdo do trabalho, equilíbrio esforço-recompensa e índices de sintomas psiquiátricos. Houve aumento da percepção do reconhecimento no trabalho e queda no absenteísmo de 8,26% para 1,86% permanecendo o mesmo no restante da instituição. ($p < 0,01$). Arnetz⁴⁹ em intervenção proativa no gerenciamento do risco e orientações ergonômicas verificaram completa reabilitação em maior proporção. (84% contra 27% do grupo controle). O retorno ao trabalho foi mais rápido que no grupo controle OR=2,5 (IC95% 1,2-5,1).

3.4 DISCUSSÃO

O absenteísmo pode ser visto como resultado de um processo decisório, onde o trabalhador exerce, de forma deliberada ou inconsciente, sua autonomia frente às pressões, de um lado da necessidade e/ou motivação para o trabalho e de outro às suas condições físicas de saúde. Aqui um paradoxo, onde a condição física é atribuída à situação de saúde e/ou doença do indivíduo, como uma tentativa de agrupar os aspectos biológicos, psicológicos e mentais em um termo que traduz em um comportamento, resumidamente estabelecido: “consegue se locomover, se deslocar para o trabalho, exercer suas atividades?”. No entanto, a decisão de se ausentar do trabalho pode ser um atributo em que o trabalhador irá exercer sua capacidade de se manifestar.

Do ponto de vista da decisão por comparecer ou não ao trabalho, que fatores seriam determinantes? O aspecto “físico” da doença, ou seja, o adoecer propriamente dito, terá como resultado uma incapacidade que pode variar em grau e acometer diferentes órgãos, e terá implicações na relação com o trabalho e exercício de suas competências. A fratura de um membro obviamente irá impossibilitar o motorista de exercer plenamente e com segurança sua atividade de dirigir.

Ressalvadas aquelas condições onde não há dúvidas, a decisão de comparecer ou não ao trabalho, ou da concessão do atestado médico, pode não ser tão óbvia. Vai depender de elementos que escapam a uma visão simplista do problema. Muitas vezes, a opção diz respeito mais ao ambiente e objeto de atuação que da própria condição do exercício das atividades. Exemplo pode ser dado em trabalhadores da saúde, quando no contato com pacientes imunodeprimidos e onde um simples resfriado contra-indica o trabalho, muito mais pelo risco ao paciente, que pela condição do trabalhador, ainda que justificado como absenteísmo por doença. As estatísticas não especificam essas particularidades.

Ocasionalmente, a decisão de afastamento se deve mais ao ambiente de trabalho que das condições de saúde: quando uma determinada exposição irá desencadear ou agravar um quadro mórbido previamente conhecido. Estamos falando dos riscos de várias naturezas, como a exposição a ruído, calor, agentes químicos, microorganismos, risco de acidentes e fatores da organização do trabalho. Nessas situações, a condição de saúde do trabalhador, embora não absoluta, também será levada em conta. Diante de uma queixa de dor persistente no membro superior, o médico irá avaliar se o trabalho pode ser um fator de risco para aquela queixa e decidir pelo seu afastamento. Provavelmente outros trabalhadores estão expostos aos mesmos riscos e não irão apresentar as mesmas queixas. Assim não serão passíveis de intervenção médica, seja para atuar no resultado do risco em seu corpo, seja para intervir no ambiente de trabalho.

A identificação do fenômeno do *presenteísmo*, a partir da década de 1990, traz novo ingrediente a essa discussão. O maior índice de presenteísmo é disparado nas áreas da saúde e educação (enfermeiros e pessoal técnico de enfermagem, professores e demais educadores)[OR=2,29 (IC95% 1,79-2,93)]. As maiores queixas entre os que apresentaram presenteísmo se referem a lombalgias e dores cervicais, sensação de fadiga e estados depressivos menores. Os grupos ocupacionais que apresentaram alto índice de presenteísmo

também são os que apresentaram maiores taxas de absenteísmo ($p < 0,01$) e a hipótese da correlação entre baixos salários e presenteísmo foi confirmada ($p < 0,01$). Por fim a combinação mais comum encontrada, comparando-se as diversas ocupações, foi a baixa produtividade, altos níveis de presenteísmo e altos níveis de absenteísmo. Essa correlação poderia ser explicada pelo fato de que a ausência ao trabalho por doença é apenas uma questão de tempo entre aqueles que insistem em trabalhar em precárias condições de saúde ou ainda pela maior vulnerabilidade desses grupos a condições adversas de trabalho desencadeando o agravamento da condição de saúde e conseqüente absenteísmo.⁵⁰

Estabelecidas resumidamente essas condições extremas ou qualitativamente bem justificadas, podemos discorrer naquela faixa onde não há consenso. Ou seja, para as mesmas situações objetivas, encontraremos uma variabilidade nas estatísticas de absenteísmo. Certamente, estaremos diante de um fenômeno cuja explicação não pode ser atribuída a fatores específicos e bem determinados. Simplificando e “enquadrando” as condições de capacidade para o trabalho e sua efetivação teremos quatro situações possíveis: 1) indivíduo sadio e presente ao trabalho; 2) indivíduo doente e presente ao trabalho (presenteísmo); 3) indivíduo sadio e ausente ao trabalho e 4) o indivíduo doente e ausente ao trabalho (absenteísmo).

Um elemento que perpassa essas quatro condições e que pode explicar, em parte, a inserção em determinado quadrante, poderia ser aquele que se denomina a *motivação para o trabalho*. A motivação, em psicologia, diz respeito a como o comportamento é iniciado, dirigido e sustentado. Os estados motivacionais são *energizantes* no sentido que ativam ou estimulam os comportamentos.⁵¹ O estado motivacional para trabalhar teria implicações significativas no resultado final do absenteísmo. São condições que podem influenciar esse estado motivacional: a situação sócio-econômica, valores sociais, sentido de disciplina e comprometimento com o trabalho, a busca de reconhecimento pessoal e profissional, entre outras. Os fatores motivacionais no ambiente de trabalho podem ser medidos a partir de

pesquisa de clima organizacional, sistemas de recompensas e punições, apoio social na empresa, sistema de referência, percepção, consciência e interpretações sociais do risco, etc.. Entender os fatores motivacionais no ambiente de trabalho torna-se assim relevante para a atuação no sentido de melhoria do clima organizacional, da produtividade, das condições de trabalho, minimização de riscos, promoção de saúde e conseqüentemente da diminuição do absenteísmo.

3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As relações de trabalho são relações sociais e assim devem ser entendidas. O homem social não se abstrai dos outros níveis, mas o completam; o homem biológico sujeito às agressões físicas, químicas e biológicas, vulnerável aos acidentes; o homem psíquico e sua interpretação do mundo, como o percebe, organiza e se relaciona com o meio e é influenciado por ele.

O absenteísmo-doença, comportamento visível, em uma escala de resposta a uma condição de saúde, pode ser visto também como resultado de uma estratégia cognitiva de resposta do trabalhador, submetida a uma escala de valores coletivos e individuais. O absenteísmo é uma rendição ao adoecimento? Uma resposta a situações de riscos e constrangimentos no trabalho? Resposta a climas organizacionais desfavoráveis? Ou o reflexo de uma situação absolutamente independente do trabalho?

Ao tomar a decisão de não trabalhar estou afirmando minha condição e minha posição diante do trabalho. Posso ou não adoecer? Que compromissos tenho com meus companheiros? Com minha chefia? Com o resultado de meu trabalho?... Todos os dias, o trabalhador acorda e decide se vai trabalhar ou não. O seu chefe está contando com essa decisão e espera não ter “surpresas”.

Em uma dada população exposta a determinados riscos, teremos maior ou menor absenteísmo de acordo com os fatores motivacionais a que está sujeita. Para uma mesma condição

motivacional, a presença no trabalho sofrerá influências dos riscos no ambiente de trabalho e fora dele. O perfil sócio-demográfico influenciará a seu modo, de acordo com composição de seu contingente: sexo, idade, escolaridade, estado civil, constituição familiar, etc..

Delimita-se assim uma equação, assumidamente incompleta, mas que permite uma referência para a atuação e intervenção. O absentéismo confirma-se como um importante indicador, não só do perfil de adoecimento, mas também das condições de trabalho, do clima organizacional e de quão comprometidos estão os trabalhadores.

Por fim, é necessário o desenvolvimento de instrumentos de medição, qualitativos e/ou quantitativos, para um melhor entendimento dessa realidade. Esses instrumentos devem ser sensíveis às diversas possibilidades de explicação para o fenômeno e suficientemente específicos, possibilitando assim a intervenção, tanto no aspecto preventivo de sua inserção quanto para reparar uma condição já instalada de dano à saúde através do trabalho.

3.6 ABSTRACT

A literature review on absenteeism due to disease and factors related to its magnitude and viability is presented, emphasizing hospital and health workers. It were presented the concepts of absenteeism and its counterpoint, the presenteeism. The factors related to absenteeism are those concerning the social-demographic profile and the work environment including psychosocial risks. The situations peculiar to the work environment in health and the behaving elements involved in the decision making, as motivation and the individual relation with the work and his health-disease process were also taken into consideration. It were also presented some steps of intervention at work environment and its repercussions on absenteeism rates. The statistical evidences and the conceptual analyses confirm the importance of following the absenteeism rates as an indicator, not only on epidemiological situation but also labor conditions, specific risks, organizational climate and engagement level of the studied team.

Key words:

Absenteeism; Public Health; Occupational Health; Occupational Diseases; Health Manpower

3.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- 1 Mendes R; Waissmann W. Aspectos históricos da Patologia do Trabalho. In: Mendes R. *Patologia do Trabalho*. 2º ed. Atualizada e Ampliada. São Paulo: Editora Atheneu; 2003; pag. 3-45.
- 2 Mendes R. Conceito de Patologia do Trabalho. In: Mendes R. *Patologia do Trabalho*. 2º ed. Atualizada e Ampliada. São Paulo. Editora Atheneu; 2003; Pag. 47-92.
- 3 Ministério da Saúde, Representação do Brasil da OPAS OMS. Organizado por Elizabeth Costa Dias. *Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília; 2001; Ministério da Saúde do Brasil.
- 4 OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Enciclopédia de Salud, Seguridad e Higiene em el trabajo*. España: Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo Y Seguridad Social 1991; vol. 1, p 5-11..
- 5 Flores Sandí G. Presentismo: potencialidad en accidentes de salud. *Acta méd. Costarric* 2006; 48(1):30-34.
- 6 Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32- Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 nov. 2005
- 7 Girardi, SN. Aspectos do mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões. Texto de apoio elaborado especialmente para o Curso de Especialização em Recursos Humanos. CADRHU. Acesso em 20 nov 2007. Disponível eletronicamente em: [http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U1T6.pdf]
- 8 Assunção AA e Belisário, AS.(Org.). Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. – Série Nescon de Informes Técnicos nº 1. Belo Horizonte: Nescon-Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. 2007. 40 p. Acesso: 20 nov 2007. Disponível eletronicamente em: [http://www.nescon.medicina.ufmg.br/publicacoes_trabalho/pub_nescon_8.pdf]
- 9 Ministério do Trabalho e Emprego. Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho 2005. [Acesso em 20 nov 2007] Disponível eletronicamente em (<http://www.previdenciasocial.gov.br/anuarios/aeat-2005>)
- 10 Alves M. O absenteísmo do pessoal de enfermagem nos hospitais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre; 1994; 15(1-2): 71-75.
- 11 Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, Bonilla ML, Navarro i Gine A; Martin M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5):616-23.
- 12 Godoy SCB. Absenteísmo-doença entre trabalhadores de um hospital universitário. Dissertação (mestrado) em enfermagem. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2001.
- 13 Silva DMPP; Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. latinoam. Enfermagem* 2000; 8(5):44-51.

-
- 14** Lim A; Chongsuvivatwong V; Geater A; Chayaphum N; Thammasuwan, U. Influence of work type on sickness absence among personnel in a teaching hospital. *Journal Of Occupational Health* 2002; 44(4):254 -263.
- 15** Kivimaki M; Sutinen R; Elovainio M *et al*; Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occupational And Environmental Medicine* 2001; 58(6):361-366.
- 16** Mesa M, FR; Kaempffer R AM. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. *Rev. méd. Chil* 2004; 132(9):1100-1108.
- 17** Barboza DB; Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(2):177-183.
- 18** Silva DMPP; Marziale MHP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Acta Scientiarum. Health sciences* 2003; 25(2):191-197.
- 19** Trinkoff, AM; Storr, CL; Lipscomb, JA. Physically demanding work and inadequate sleep, pain medication use, and absenteeism in registered nurses. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine* 2001; 43(4):355-363.
- 20** Siqueira MDC. Fatores predisponentes ao absenteísmo em enfermagem em três instituições de saúde do município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem Anna Nery. 87 p. 1984.
- 21** McKevitt C; Morgan M; Dundas R; Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *Journal Of Public Health Medicine* 1997; 19(3):295-300,.
- 22** Guimarães RSO. O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar. Dissertação (mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro 2005. 83 p.
- 23** Godin I; Kittel F. Differential economic stability and psychosocial stress at work: associations with psychosomatic complaints and absenteeism. *Soc Sci Med.* 2004; 58(8):1543-53.
- 24** Ramadam PA. .Fatores de risco associados ao relato de sintomas osteomusculares em trabalhadores de laboratório de patologia clínica. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. 130 p. 2003.
- 25** Silveira DBB; Monteiro MS. Morbidade entre trabalhadores de uma instituição de saúde. *Saúde Debate* 2004; 28(68):206-211.
- 26** Isosaki M. Absenteísmo entre trabalhadores de Serviços de Nutrição e Dietética de dois hospitais em São Paulo Dissertação(mestrado) Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo.172 p. 2003.

-
- 27** Johansson G; Lundberg I. Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. *Social Science Med.* 2004; 58(10):1857-68.
- 28** Ala-Mursula L; Vahtera J; Kivimäki M; Kevin MV; Pentti J. Employee control over working times: associations with subjective health and sickness absences. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56 (4):272-8.
- 29** Federighi WJP. Absenteísmo em hospitais. *Mundo saúde* 2002; 26(2):283-294.
- 30** Virtanen, M; Kivimaki M; Elovainio M; Vahtera J; Cooper CL. Contingent employment, health and sickness absence. *Scandinavian Journal Of Work Environment & Health* 2001; 27(6):365-372.
- 31** Kivimaki M; Elovainio M; Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational And Environmental Medicine* 2000; 57(10):656-660.
- 32** Piirainen H; Räsänen K; Kivimäki M. Organizational climate, perceived work-related symptoms and sickness absence: a population-based survey. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine* 2003; 45(2):175-84.
- 33** Woo M; Yap AK; Oh TG; Long FY. The relationship between stress and absenteeism. *Singapore Med J* 1999; 40(9):590-5.
- 34** Galinsky E; Bond JT; Friedman DE. Highlights: The National Study of the Changing Workforce *in: Enciclopedia de Salud Y Seguridad em el trabajo.* Nova York:Families and Work Institute.1993.
- 35** Serxner SA; Gold DB; Bultman, KK. The impact of behavioral health risks on worker absenteeism. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine* 2001; 43(4): 347-354.
- 36** Anderzen I; Arnetz BB. The impact of a prospective survey-based workplace intervention program on employee health, biologic stress markers, and organizational productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2005; 47(7):671-682.
- 37** Karasek R. El Modelo de demandas-control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. In: *Enciclopédia de salud Y seguridad em el trabajo.* Genebra. Organização Internacional do Trabalho 2000; 34.6-34.16.
- 38** Baumann AO; Blythe JM; Underwood JM. Surge capacity and casualization: Human resource issues in the post-SARS health system. *Can J Public Health* 2006; 97(3):230-2.
- 39** Michie S; Wren B; Williams S. Reducing absenteeism in hospital cleaning staff: pilot of a theory based intervention. *Occup Environ Med* 2004; 61(4):345-9.
- 40** De Lange AH; Taris TW; Kompier; MAJ Houtman; ILD Bongers, PM. Effects of stable and changing demand-control histories on worker health *Scandinavian Journal Of Work Environment & Health* 2002; 28(2):94-108.

-
- 41** Lavoie-Tremblay M; Bourbonnais R; Viens C; Vézina M; Durand PJ; Rochette L. Improving the psychosocial work environment. *J Adv Nurs* 2005; 49(6):655-64.
- 42** Kristensen TS. The Demand-Control-Suport model: Methodological challenges for future research. *Stress Medicine* 1995; 11:17-26.
- 43** Von Thiele U; Lindfors P; Lundberg U. Evaluating different measures of sickness absence with respect to work characteristics. *Scandinavian Journal Of Public Health* 2006; 34(3):247-253.
- 44** Jirón Vargas A; Rojas González H; Ravera R; Marquez C. Inasistencia laboral por licencias medicas. *Bol. Hosp. San Juan de Dios* 1992; 39(3):119-24.
- 45** Wright, ME. Long-term sickness absence in an NHS teaching hospital. *Occupational Medicine-Oxford* 1997; 47(7):401-406
- 46** Felton JS. Burnout as a clinical entity - its importance in health care workers. *Occupational Medicine-Oxford* 1998; 48(4):237-250.
- 47** Borritz M; Rugulies R; Bjorner JB; Villadsen E; Mikkelsen AO; Kristensen, TS. Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal Of Public Health* 2006; 34(1):49-58.
- 48** McCluskey, S; Burton, AK; Main, CJ. The implementation of occupational health guidelines principles for reducing sickness absence due to musculoskeletal disorders. *Occupational Medicine-Oxford* 2006; 56(4):237-242..
- 49** Arnetz BB; Sjogren B; Rydehn B; Meisel R. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: A prospective controlled intervention study. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine* 2003; 45(5):499-506.
- 50** Aronsson G, Gustafsson K; Dallner, M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54(7) 502-509.
- 51** Gazzaniga MS; Heatherton TF. *Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento*. Porto Alegre. Artmed 2005.

4 ARTIGO 2

Absenteísmo em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária.

RESUMO

Objetivo: Analisar os indicadores de absenteísmo, por motivo de doença, de uma organização hospitalar pelo período de um ano e sua variabilidade de acordo com aspectos sócio-demográficos, da organização do trabalho e grupos de morbidade da classificação internacional de doenças.

Métodos: Estudaram-se 2790 trabalhadores de um hospital público universitário, contratados sob o regime estatutário ou celetista. Foram consideradas as licenças, iniciadas em 2006, homologadas pelo serviço médico, as licenças expedidas pela perícia médica da Universidade e expedidas pelo Instituto Nacional do Seguro Social.

Resultados: 1471 (52,1%) tiveram uma ou mais licenças durante o ano. O índice de absenteísmo foi de 5,3%. A taxa de severidade foi de 8,3 dias, a taxa de gravidade foi de 12,5 dias e o índice de frequência por trabalhador foi de 1,9. Os fatores de risco identificados foram: sexo feminino, vínculo estatutário, escolaridade fundamental e média, trabalho noturno, tempo de serviço, cargos de enfermagem e operacionais e setores de trabalho diferentes da administração. As nosologias mais frequentes foram as doenças respiratórias, do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e os transtornos mentais e do comportamento.

Conclusões: Os estudos confirmam o absenteísmo como importante indicador de saúde, da situação de trabalho organizacional e de motivação dos trabalhadores. Seu acompanhamento pode apontar caminhos para a melhoria das condições laborais, qualidade de vida e produtividade no trabalho.

Palavras-chave:

Absenteísmo; organizações em saúde; recursos humanos em saúde; saúde do trabalhador; Doenças ocupacionais; saúde pública; Gestão em saúde.

4.1 INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos e a crescente organização dos processos produtivos vem gerando, entre outros, a intensificação do trabalho, com aumento dos ritmos, das responsabilidades e da complexidade das tarefas.¹ Epidemiologicamente tem se observado, nos ambientes de trabalho, a conjugação de doenças crônico-degenerativas, como as doenças osteomusculares com transtornos da esfera psíquica, como a fadiga crônica, o burnout, a síndrome de estresse e processos depressivos. A caracterização epidemiológica dessas doenças permite o nexo causal com os ambientes de trabalho. O absenteísmo-doença, entendido como ausência no trabalho por motivo de doença é um indicador das condições de saúde dos trabalhadores² e têm impacto econômico, interferem na produção, aumentam o custo operacional e reduzem a eficiência no trabalho.³ O absenteísmo em saúde tem particular interesse por suas peculiaridades e números relevantes comparado com outras categorias.^{4,5,6,7,8,9} O hospital é conhecido como ambiente insalubre, gerador de diversos riscos ocupacionais capaz de causar sofrimento psíquico em seus trabalhadores. As condições inadequadas de trabalho podem também resultar na precariedade do atendimento prestado ao paciente.¹⁰

As estatísticas de absenteísmo não se explicam necessariamente por morbidade. Avaliações qualitativas dão conta que menos da metade dos afastamentos são verdadeiramente motivados por doença. As demais causas (sociais, psicológicas ou não especificadas) foram motivadas pela organização do trabalho como: discriminações, falta de oportunidades de promoção, escala de salários imprópria, condições insatisfatórias de trabalho, ineficazes canais de queixas e outras). A concessão dos afastamentos ocorre muitas vezes em função de pressão de trabalhadores e das próprias chefias, por não disporem de outros meios de resolução de conflitos ou situações que dificultam o comparecimento ao trabalho.¹¹

O *presenteísmo*, ou seja, a presença no trabalho ainda que doente, tem também se apresentado elevado na área da saúde^{12,13}. Taylor constatou que 28% de trabalhadores que jamais haviam tirado uma licença relataram ser portadores de alguma doença orgânica, demonstrando que o presenteísmo pode estar presente onde as estatísticas de absenteísmo são menores¹⁴. Flores-Sandi apontou os riscos do presenteísmo nos trabalhadores de hospital, levando a *erros latentes* e *erros ativos*, que em seu processo cumulativo, pode levar a eventos adversos ou mesmo a acidentes de trabalho e comprometendo a qualidade da assistência.¹³

Os afastamentos de curta duração têm relação predominante com a organização e fatores de estresse no trabalho: constrangimentos pessoais, tensão organizacional, limitações na carreira e sobrecarga de trabalho.^{15,16,17} O absenteísmo de curtíssima duração (um dia) dependeria mais de avaliação do trabalhador de comparecer ou não ao trabalho do que propriamente de uma doença incapacitante¹⁸. Nessa lógica, a frequência do absenteísmo (número de vezes que o trabalhador se afasta do trabalho por um curto período) seria um indicador de apuração desse “*absenteísmo voluntário*” e de como estaria o clima organizacional.¹⁹

O absenteísmo de longa duração tem relação mais direta com o adoecimento propriamente dito e, no aspecto organizacional, estaria relacionado com a percepção de riscos físicos.¹⁶ Existiriam também aqueles “ausentes crônicos” da instituição: uma minoria que pode estar inflacionando o índice de absenteísmo e para o qual as mudanças organizacionais teriam pouco efeito de curto prazo.

Alguns trabalhos apresentaram os índices de absenteísmo no ambiente hospitalar^{8,9,20,21}, e estes números são elevados quando comparados com outros segmentos laborais²². No entanto, a maioria dos estudos tem se concentrado em determinadas categorias de trabalho, diagnósticos, condições sócio-demográficas ou da natureza das licenças.^{4,5,6,7,23} Poucos são os trabalhos que estudaram, no âmbito da instituição, todas as licenças-médicas, ou seja, aquelas expedidas pelo órgão médico da instituição, pelo serviço de perícia médica e pela seguridade social.

O objetivo desse trabalho é analisar os indicadores de absenteísmo de uma organização hospitalar pelo período de um ano e sua variabilidade de acordo com aspectos sócio-demográficos, da organização do trabalho e das nosologias prevalentes.

4.2 MATERIAL E MÉTODOS

O complexo hospitalar estudado funciona em área de 50 mil metros quadrados, com 460 leitos, 250 consultórios, 23 salas de cirurgia entre outros recursos. Realiza mais de 1500 internações/mês, 25.000 consultas médicas e 5.000 atendimentos de urgência. É referência do Sistema Único de Saúde (SUS) para procedimentos de alta complexidade nas mais diversas especialidades. Para isso conta com uma força de trabalho composta de mais de 3.500 funcionários entre estatutários, celetistas, autônomos e terceirizados, além 300 médicos

residentes e 50 voluntários. É também campo de ensino com mais de 2.000 alunos nos diversos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde. O Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (SAST) atende os trabalhadores do complexo hospitalar realizando exames médicos relativos ao trabalho, atendimento de intercorrências clínicas, exames periciais e avaliação dos postos de trabalho.

Estudaram-se os 2.790 trabalhadores registrados na Diretoria de Recursos Humanos deste hospital durante o ano de 2006, contratados sob o regime estatutário ou celetista. O ano de 2006 teve 249 dias úteis, tendo se considerado o dia primeiro de julho como data de referência, quando necessário. A partir do banco de dados do serviço médico da instituição, apuraram-se os afastamentos por licença médica que tiveram início no ano de 2006. Foram consideradas as licenças homologadas pelo serviço médico (servidores estatutários com até 30 dias de licença no ano e celetistas com licenças de até 15 dias seguidos), as licenças expedidas pela perícia médica da universidade (servidores estatutários a partir do 31º dia no ano) e expedidas pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (celetistas em licença de mais de 15 dias consecutivos).

As características dos trabalhadores consideradas foram: sexo, vínculo (estatutário ou celetista), estado civil, horário de trabalho (diurno ou noturno), idade, tempo de serviço, idade à admissão, nível escolar do cargo, cargo e local de trabalho. De cada licença, foram obtidas as seguintes variáveis: mês de início, número de dias da licença, grande grupo da Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10)²⁴ e agrupamentos diagnósticos de acordo com *lista de tabulação de morbidade* dessa classificação.

A partir desses dados, foram apurados o número e a duração das licenças, o índice de frequência de licenças, a taxa de incapacidade ou gravidade (dias de licença/população sob risco), a taxa de severidade (dias de licença/número de licenças) e o índice de absenteísmo (dias perdidos x 100 / dias úteis x população sob risco).

As variáveis quantitativas foram categorizadas (idade, tempo de serviço e idade à entrada na instituição). Os cargos foram agrupados na variável: *tipo de cargo*, em seis categorias, a saber: *administrativo* (administradores, auxiliares, contadores, telefonistas e outros) *enfermagem* (auxiliares, técnicos e enfermeiros), *médicos*, *operacional* (pessoal de apoio em cozinha, obras, motoristas, operadores de máquina de lavanderia, operador de caldeira,

auxiliar operacional de serviços gerais, auxiliar de serviços diversos, porteiros e outros), *apoio propedêutico* (auxiliar de farmácia, auxiliar de laboratório, farmacêutico-bioquímico, técnico em farmácia, técnico em nutrição, técnico em radiologia, técnico em patologia clínica e outros cargos afins) e *outros profissionais em saúde* (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo e assistente social).

Os locais de trabalho foram agrupados na variável: *setor*, de acordo com as seguintes categorias: *administração*, *ambulatórios*, *apoio operacional* (Banco de Leite, Esterilização, Engenharia, Infra-estrutura, Lavanderia, Rouparia, Serviço de Arquivo Médico e Estatística e Serviço de Nutrição e Dietética), *apoio propedêutico* (Agência Transfusional, Anatomia Patológica, Imaginologia, Laboratório Central, Registros Gráficos em Cardiologia, Registros Gráficos em Neurologia e Laboratório de Função Pulmonar), *apoio terapêutico* (Centro Cirúrgico, Farmácia e Hemodiálise), *unidades de internação*, *urgência*, *unidade multiprofissional* (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) e *Diretoria Técnica* (corresponde a Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem e onde também estão lotados o pessoal de enfermagem afastados por longo período).

Procurou-se no agrupamento de cargos e de locais de trabalho a caracterização pela natureza do trabalho, nível de complexidade, contato com o paciente e nível de autonomia sobre o ritmo de trabalho. Dessa forma, os grupos refletem a exposição similar aos mesmos riscos de natureza física, biológica e da organização do trabalho hospitalar.

Os dados tabulados foram organizados a partir do programa Excell[®] 2003 e SPSS[®] versão 12.1. As diferenças entre os grupos foram apuradas a partir da análise de variância para variáveis contínuas e teste do qui-quadrado para variáveis discretas. A homogeneidade entre os grupos foi apurada através do *Teste de Levene* e realizadas estatísticas *Post Hoc*, quais sejam os *Testes de Tukey* e *Bonferroni* quando homogêneas e *Tamhanes's* e *Games-Howell* quando não homogêneas. Adotou-se o nível de significância de 0,05 para os testes e nível de confiança de 95% para estimação da razão de chances (OR – “odds ratio”).

O projeto de pesquisa que resultou nesse trabalho foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade ao qual pertence o Hospital objeto de estudo.

4.3 RESULTADOS

4.3.1 PERFIL DA POPULAÇÃO

Em 2006, o Hospital contou com 2790 trabalhadores com perfil sócio-demográfico e distribuição entre locais e cargos de acordo com a tabela 1 e tabela 2. A média de idade \pm desvio padrão ficou em $38,8 \pm 10,1$ anos, sendo que a média de tempo de serviço é de $9,4 \pm 8,5$ anos. A média de idade de entrada é de $29,4 \pm 7,5$ anos, sendo que o pessoal administrativo tem a menor média de idade de entrada (26,5 anos) e a categoria médica a maior, 31,6 anos. A média de tempo de serviço é diferente entre os vínculos: Estatutário: $11,5 \pm 8,0$ e celetistas: $3,9 \pm 3,6$ ($p < 0,001$)

Tabela 1: Perfil dos trabalhadores de acordo com o sexo e demais categorias em um hospital universitário - 2006

	Feminino		Masculino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Vínculo						
Estatutário	1489	53%	541	19%	2030	73%
Celetista	534	19%	226	8%	760	27%
Estado Civil						
Casado	842	30%	361	13%	1203	43%
Solteiro	1010	36%	363	13%	1373	49%
Separado	126	5%	25	1%	151	5%
Viúvo	20	1%	2	0%	22	1%
Não declarado	25	1%	16	1%	41	1%
Horário de Trabalho						
Diurno	1709	61%	674	24%	2383	85%
Noturno	313	11%	93	3%	406	15%
Escolaridade do cargo						
Superior	654	23%	267	10%	921	33%
Médio	1117	40%	352	13%	1469	53%
Fundamental	252	9%	148	5%	400	14%
Faixa Etária						
18 a 29 anos	422	15%	188	7%	610	22%
30 a 39 anos	641	23%	255	9%	896	32%
40 a 49 anos	698	25%	195	7%	893	32%
50 anos e +	257	9%	128	5%	385	14%
Ignorado	5	0%	1	0%	6	0%
Tempo de Serviço						
Até 2 anos incompletos	372	13%	132	5%	504	18%
2 a 5 anos completos	557	20%	245	9%	802	29%
6 a 10 anos completos	236	8%	76	3%	312	11%
11 a 15 anos completos	498	18%	170	6%	668	24%
16 anos e +	358	13%	144	5%	502	18%
Ignorado	2	0%	0	0%	2	0%

Tabela 2: Distribuição dos trabalhadores por tipo de cargo e setor de trabalho em um hospital universitário - 2006

	Feminino		Masculino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Tipo de Cargo						
Administrativo	370	13%	196	7%	566	20%
Enfermagem	1045	37%	174	6%	1219	44%
Médico	155	6%	152	5%	307	11%
Operacional	136	5%	145	5%	281	10%
Propedêutico	218	8%	96	3%	314	11%
Out. profiss. de saúde	99	4%	4	0%	103	4%
Setor						
Administração	151	7%	111	4%	295	9%
Ambulatório	250	9%	93	3%	343	12%
Apoio Operacional	242	9%	161	6%	403	14%
Apoio Propedêutico	247	9%	137	5%	384	14%
Apoio Terapêutico	246	9%	77	3%	323	12%
Internação	709	25%	134	5%	843	30%
Urgência	144	5%	52	2%	196	7%
Direção Técnica	33	2%	0	0%	33	1%

4.3.2 NÚMERO E DURAÇÃO DAS LICENÇAS

Dos trabalhadores que se ausentaram em 2006, 523 (35,6%) tiraram apenas uma licença e 298 (20,3%) se afastaram duas vezes. 70% dos trabalhadores se ausentaram por até três vezes durante o ano, sendo que apenas 5% tiveram mais de oito licenças no ano, perfazendo um total de 4.198 licenças no ano (Tabela 3).

Tabela 3: Número de licenças por trabalhador em um hospital universitário - 2006

Número de licenças	Freqüência	%	% acumulado
1	523	35,6	35,6
2	298	20,3	55,8
3	207	14,1	69,9
4	137	9,3	79,2
5	96	6,5	85,7
6	73	5,0	90,7
7	32	2,2	92,9
8	32	2,2	95,0
9 ou +	73	5,0	100,0
Total	4.198	100,0	

Mais de 50% das licenças tiveram de 1 a 2 dias. 72% tiveram até cinco dias. Apenas 11% tiveram mais de 15 dias, sendo que 5,6% tiveram mais de 30 dias (Figura 1).

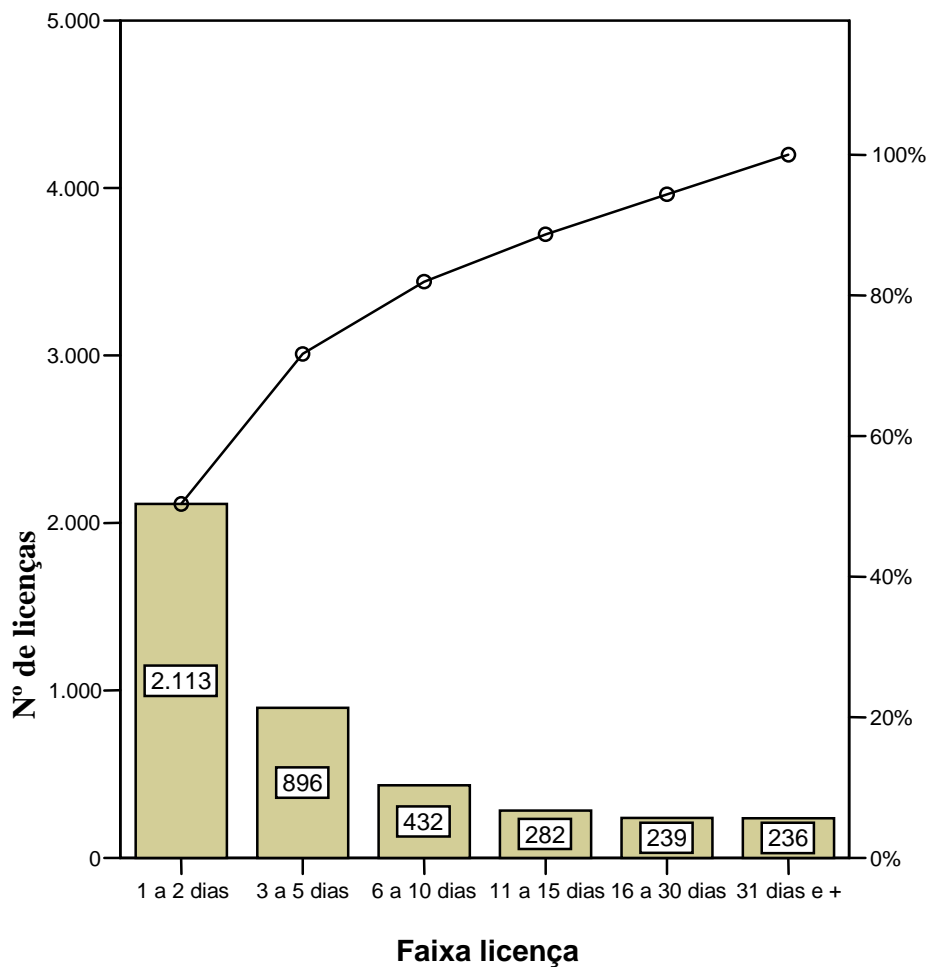


Figura 1: Frequência das licenças por dia de duração de um hospital universitário - 2006

As licenças de mais de 30 dias contribuíram com 44% do total de dias de afastamentos. Somando-se as licenças de mais de 15 dias têm-se mais de 20.000 dias de afastamento no ano de 2006 (61,3% do total). No total foram 34.915 dias de afastamento do trabalho por motivo de doença, resultando em taxa de gravidade (dias de licenças/trabalhador) de 12,5 dias (Tabela 4).

**Tabela 4: duração das licenças por frequência e total de dias
Hospital Universitário - 2006**

Faixa dias	Frequência		Soma	
	número	%	dias	%
1 a 2 dias	2.113	50,3%	2.678	7,7%
3 a 5 dias	896	21,3%	3.450	9,9%
6 a 10 dias	432	10,3%	3.428	9,8%
11 a 15 dias	282	6,7%	3.950	11,3%
16 a 30 dias	239	5,7%	5.916	16,9%
31 dias e +	236	5,6%	15.493	44,4%
TOTAL	4.198	100,0%	34.915	100,0%

4.3.3 ÍNDICE DE FREQUÊNCIA DE LICENÇAS MÉDICAS

Dos 2790 trabalhadores, 88,8% trabalharam todo o ano, sendo que o restante entraram no decorrer do período ou saíram antes do seu final. Desses 2790 trabalhadores, 1471 (52,1%) tiveram uma ou mais licenças durante o ano. (58% para as mulheres e 38% para os homens) [(OR= 2,29 IC95%(2,93-1,72) p<0,0001)]. (Tabela 5). Quanto ao vínculo, 56% dos servidores da UFMG se licenciaram, enquanto 41% dos servidores celetistas o fizeram. [OR= 1,79 (IC95% 1,51-2,12)]. O percentual de licenças entre pessoal de nível médio e fundamental foi semelhante (58 e 59%, respectivamente) enquanto para de nível superior foi de 45%. (p<0,001). Diferenciando-se os trabalhadores em horário noturno dos demais, observa-se risco aumentado de licenças em relação ao trabalho diurno: RR = 1,59 (IC95% 1,28 – 1,98) (p< 0,0001)

Não houve diferença da média de idade de quem se afastou ou não (38,75 x 38,87) (p=0,751) e também com relação tempo de serviço não houve diferença significativa (9,83 x 9,03) (p=0,13). Os percentuais foram semelhantes entre aqueles na faixa etária entre 18 e 30 anos e com mais de 50 anos (49 e 48% respectivamente), sendo que esses índices são menores que aqueles da faixa etária de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos (com 53 e 54% respectivamente).

Considerando-se por faixa de tempo de serviço, a incidência de afastamentos foi de apenas 32% para os trabalhadores com até 2 anos, elevando-se na medida do tempo de trabalho (56% para 2 a 5 anos) [(OR=2,70) IC95% 2,14-3,41] e 62% para a faixa de 6 a 10 anos [OR = 3,50 (IC95% 2,61-4,71)]. Houve uma pequena queda na faixa entre onze e 15 anos - 59% [OR=3,00 (IC95% 2,36–3,81)] e importante após os dezesseis anos de trabalho (49%).[2,03

(IC95% 1,57 -2,62)] Esses percentuais foram estatisticamente significativos quando comparados com os funcionários de até dois anos de trabalho. (Tabela 5)

Tabela 5: Frequência de licenças por categorias sócio-demográficas em um hospital universitário - 2006

	Feminino		Masculino		Total		OR (IC95%)
	Número	%	Número	%	Número	%	
Vínculo							
Estatutário	918	61,6%	209	27,2%	1127	55,5%	1
Celetista	234	43,8%	78	10,2%	312	41,1%	1,79 (1,51-2,12)
Estado Civil							
Casado	493	58,5%	116	32,1%	609	50,6%	1
Solteiro	558	55,2%	155	42,7%	713	51,9%	1,05 (0,90 – 1,23)
Separado	78	61,9%	11	44,0%	89	58,9%	1,40 (0,99-1,97)
Viúvo	13	65,0%	0	0,0%	13	59,1%	1,41(0,60-3,32)
Escolaridade do cargo							
Superior	293	44,8%	60	22,5%	353	38,3%	1
Médio	697	62,4%	154	43,8%	851	57,9%	2,22 (1,88-2,62)
Fundamental	162	64,3%	73	49,3%	235	58,9%	2,29 (1,80 – 2,91)
Faixa Etária							
18 a 29 anos	228	54,0%	72	38,3%	300	49,2%	1
30 a 39 anos	377	58,8%	97	38,0%	474	52,9%	1,16(0,95-1,43)
40 a 49 anos	408	58,5%	72	36,9%	480	53,8%	1,20 (0,98-1,48)
50 anos e +	135	52,5%	45	35,2%	180	46,8%	0,91 (0,70-1,17)
Horário de Trabalho							
Diurno	944	55,2%	246	36,4%	1190	49,9%	1
Noturno	208	66,4%	41	44,1%	249	61,3%	1,59 (1,28-1,98)
Tempo de Serviço							
Até dois anos incompletos	127	34,1%	34	25,8%	161	31,9%	1
2 a 5 anos completos	356	63,9%	92	37,6%	448	55,9%	2,70 (2,14-3,41)
6 a 10 anos completos	154	65,2%	40	52,6%	194	62,2%	3,50 (2,61- 4,71)
11 a 15 anos completos	319	64,1%	72	42,3%	391	58,5%	3,00 (2,36-3,81)
16 anos e +	196	54,7%	49	34,0%	245	48,8%	2,03 (1,57 – 2,62)

Em relação ao *tipo de cargo*, verificam-se grandes variações entre os mesmos na incidência de absenteísmo. A *categoria médica* apresenta o menor índice (17,6%), seguido pelo *personal administrativo* (48%) e apresentando números próximos entre os *outros profissionais da saúde, pessoal de apoio propedêutico* e de *apoio operacional* (respectivamente, 49%, 52% e 54%). A *categoria de enfermagem* apresentou os maiores índices (62%). ($p < 0,0001$). Apenas a diferença entre *personal administrativo* e *categoria de enfermagem* foi considerado estatisticamente significativa. (Tabela 6)

Quanto ao *setor de trabalho*, de acordo com a distribuição já relatada, os setores de *administração* apresentaram menor incidência (31%). Os demais apresentaram números semelhantes: *ambulatório* (51%), *apoio operacional* (58%), *apoio propedêutico* (53%), *apoio terapêutico* (50%), *internação* (58%) e *urgência* (53%). A *Direção Técnica* apresentou os maiores índices (61%). Todos os locais apurados tiveram incidência estatisticamente maior que os setores classificados como *administração*. (Tabela 6)

Tabela 6: Frequência de absenteísmo por local e cargo em um hospital universitário - 2006

	Feminino		Masculino		Total		OR (IC95%)
	Número	%	Número	%	Número	%	
Tipo de Cargo							
Administrativo	202	54,6%	67	34,2%	269	47,5%	1
Enfermagem	658	63,0%	92	52,9%	750	61,5%	1,77 (1,44-2,16)
Médico	35	22,6%	19	12,5%	54	17,6%	0,24 (0,17-0,33)
Operacional	86	63,2%	67	46,2%	153	54,4%	1,32 (0,99-1,76)
Propedêutico	123	56,4%	40	41,7%	163	51,9%	1,19 (0,90-1,57)
Out. profiss. saúde	48	48,5%	2	50,0%	50	48,5%	1,04 (0,68-1,59)
Setor de trabalho							
Administração	57	37,8%	24	21,6%	81	30,9%	1
Ambulatório	145	58,0%	29	31,2%	174	50,7%	2,30 (01,64-3,22)
Apoio Operacional	158	65,3%	71	44,1%	229	56,8%	2,94 (2,12- 4,08)
Apoio Propedêutico	138	55,9%	58	42,3%	196	51,0%	2,33 (1,68-3,24)
Apoio Terapêutico	131	53,3%	29	37,7%	160	49,5%	2,16 (1,56-3,09)
Internação	415	58,5%	62	46,3%	477	56,6%	2,91 (2,17-3,91)
Urgência	88	61,1%	14	26,9%	102	52,0%	2,43 (1,65-3,56)
Direção Técnica	20	60,6%	0	0,0%	20	60,6%	3,44 (1,63-7,25)

4.3.4 TAXA DE ABSENTEÍSMO

A taxa geral de absenteísmo no hospital ficou em 5,30%. A Tabela 7 apresenta as diferenças entre as diversas categorias de análise. A média da taxa de absenteísmo entre os dois sexos mostrou-se estatisticamente diferente: (feminino com taxa 6,06 e masculino com 3,30): diferença de 2,76% (IC95% 1,61%-3,9%) ($p < 0,0001$). Também entre os vínculos, observa-se que o pessoal estatutário apresentou maiores taxas, (6,36% x 2,47%). A diferença entre as médias [3,89 (IC95% 2,90 – 4,88)] é significativa ($p < 0,0001$).

O trabalhador classificado como “separado” apresentou os maiores índices de absenteísmo (12,37% – IC95% 7,83%-16,92%) comparado com outros estados civis: casado (5,19% - IC95% 4,32%-6,05%) e solteiro (4,69% - IC95% 3,98%-5,40%). Apenas a diferença entre

separado e viúvo (5,33% - IC95% 0,36%-11,02%) não se mostrou estatisticamente significativa pelos testes usados. Entre os turnos diurno e noturno observou-se diferença significativa ($p= 0,015$), sendo maior nos trabalhadores da noite. As taxas de absenteísmo também são diferentes de acordo com o nível de escolaridade do cargo, sendo que as maiores taxas estão concentradas no nível elementar ($8,45\% \pm 1,02$) seguida do nível médio ($5,60\% \pm 0,41$) e superior ($3,45\% \pm 0,38$).

Os menores índices de absenteísmo por faixa etária estão entre aqueles entre 18 e 29 anos [(3,12% (IC95% 2,36% – 3,89%)], elevando-se para 4,86% (IC95% 3,87%-5,85%) na terceira década de vida, 6,41% (IC95% 5,31%-7,50%) na quarta e 7,24% (IC95% 5,27%-9,20%) para os trabalhadores com 50 anos ou mais. A diferença somente se mostrou significativa entre aqueles com menos de 30 anos e as demais categorias.

Observa-se tendência de aumento do absenteísmo à medida que os anos de trabalho vão passando. (Tabela 7) As menores taxas ficaram com aqueles trabalhadores com menos de 2 anos de trabalho [(1,44(IC95% 0,92-1,95)], elevando-se para 4,74 (IC95% 3,86-5,62) entre 2 e 5 anos e chegando ao máximo entre 6 e 10 anos [7,57 (IC95% 5,24 -9,90)] e mantendo-se nesse patamar nas demais faixas (6,89 para 11 a 15 anos) e 6,57 para aqueles com 16 anos ou mais de serviço. ($p < 0,001$). Quando se segrega pelo vínculo, a diferença ainda se mantém significativa: $p < 0,0001$ para o vínculo estatutário e $p = 0,028$ para celetista. No entanto, observa-se diferença de comportamento entre os dois vínculos, sendo que o pessoal celetista apresenta as maiores taxas entre os dois e cinco anos, mantendo-se, porém abaixo da média geral. Os estatutários apresentam números expressivos, principalmente na faixa entre seis e dez anos.

Tabela 7: Índice de Absenteísmo (Abs) por diversas categorias em um hospital universitário - 2006

Categorias	N	ABS	LI	LS	P
Sexo					
Feminino	2023	6,06	5,35	6,77	<0,0001
Masculino	767	3,30	2,41	4,19	
Vínculo					
Estatutário	2030	6,36	5,62	7,10	<0,0001
Celetista	760	2,47	1,81	3,12	
Estado Civil					
Casado	1203	5,19	4,32	6,05	<0,0001
Solteiro	1373	4,69	3,98	5,40	
Separado	151	12,37	7,83	16,92	
Viúvo	22	5,33	-0,36	11,02	
Horário de Trabalho					
Diurno	2383	4,95	4,34	5,50	0,015
Noturno	406	7,50	5,51	9,49	
Escolaridade do cargo					
Superior	921	3,45	2,70	4,20	<0,0001
Médio	1469	5,60	4,79	6,41	
Fundamental	400	8,45	6,45	10,45	
Faixa Etária					
18 a 29 anos	610	3,12	2,36	3,89	<0,001
30 a 39 anos	896	4,86	3,87	5,85	
40 a 49 anos	893	6,41	5,31	7,50	
50 anos e +	385	7,24	5,27	9,20	
Tempo de Serviço					
dois anos incompletos	504	1,44	0,92	1,95	<0,0001
2 a 5 anos completos	802	4,74	3,86	5,62	
6 a 10 anos completos	312	7,57	5,24	9,90	
11 a 15 anos completos	668	6,89	5,57	8,21	
16 anos e +	502	6,57	4,98	8,16	

LI: Limite inferior (1 Desvio padrão); LS: Limite superior 1(um) Desvio padrão

Entre os tipos de cargo, apenas o pessoal médico mostrou-se estatisticamente diferente dos demais (1,64% (IC95% 0,81%-2,47%). Os cargos administrativos também apresentaram taxas relativamente mais baixas (3,21% (IC95%2,48%-3,95%). O pessoal operacional [7,45% (IC95% 5,03%-9,88%)] e de enfermagem [6,75% (IC95% 5,78% - 7,73%)] apresentaram as maiores taxas de absenteísmo (Tabela 8).

Como na taxa de frequência, os locais de trabalho de menor índice de absenteísmo foram os administrativos. A Direção Técnica, que congrega pessoal da Diretoria de Enfermagem, apresentou números acentuadamente mais elevados [31,03% (IC95% 14,79% – 42,27%)], motivados pelos profissionais em licença prolongada lotados nesse setor. (Tabela 8).

Tabela 8: Absenteísmo (ABS) por tipo de cargo e local de trabalho em um hospital universitário

Categorias	N	ABS	LI	LS	p
Tipo de Cargo					<0,0001
Administrativo	566	3,21	2,48	3,95	
Enfermagem	1219	6,75	5,78	7,73	
Médico	307	1,64	0,81	2,47	
Operacional	281	7,45	5,03	9,88	
Propedeutico	314	5,33	3,51	7,15	
Outros profissionais de saúde	103	4,51	2,03	6,99	
Setor de trabalho					<0,0001
Administração	262	2,81	1,45	4,16	
Ambulatório	343	5,25	3,72	6,79	
Apoio Operacional	403	7,72	5,76	9,68	
Apoio Propedêutico	384	5,40	3,80	7,00	
Apoio Terapêutico	323	4,19	2,84	5,54	
Internação	843	4,51	3,67	5,35	
Urgência	196	4,52	2,93	6,11	
Direção Técnica	33	31,03	14,79	42,27	

LI: Limite inferior (1 desvio padrão); LS: Limite superior 1(um) desvio padrão

4.3.5 DIAGNÓSTICO DAS LICENÇAS

Entre os grandes grupos da CID10, os mais frequentes foram aquelas relativas ao aparelho respiratório (16,9% do total), Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (15,3%), transtornos mentais e do comportamento (10,2%) e doenças infecciosas e parasitárias (8,9%) (Tabela 9).

Quando se apuram os dias totais de afastamento, invertem-se algumas posições, sendo que os transtornos mentais passam a corresponder a 23,5% dos afastamentos, seguidos das doenças do Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (17,3%). Os demais grupos apresentaram índices menores: Lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas (7,3%), doenças do aparelho respiratório (7,0%), neoplasias (6,8%) e outras. As taxas de severidade (dias de licença/freqüência das licenças) mais expressivas foram as doenças do sangue e transtornos imunitários (67,7 dias), Neoplasias (39,4 dias) e os transtornos do humor e do comportamento (19,2 dias).(Tabela 9)

Tabela 9: Dias de afastamento por Grande Grupo da CID10 em um hospital universitário

Grande Grupo CID10	casos	dias	% de dias	Taxa de severidade
Transtornos mentais e do comportamento	427	8194	23,50%	19,2
Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	642	6027	17,30%	9,4
Lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas	200	2564	7,30%	12,8
Aparelho respiratório	708	2438	7,00%	3,4
Neoplasias	60	2366	6,80%	39,4
Contato c/ serviço saúde	237	2128	6,10%	9,0
Doenças sistema nervoso	145	1749	5,00%	12,1
Doenças Infecciosas parasitárias	375	1547	4,40%	4,1
Olho e anexos	216	1141	3,30%	5,3
Aparelho geniturinário	187	1097	3,10%	5,9
Aparelho circulatório	141	926	2,70%	6,6
Gravidez, parto e puerpério	116	902	2,60%	7,8
Aparelho digestivo	204	896	2,60%	4,4
Pele e tec subcutâneo	99	882	2,50%	8,9
Sintomas e sinais gerais	313	818	2,30%	2,6
Sangue e transt imunitários	7	474	1,40%	67,7
Causas externas morbidade mortalidade	56	360	1,00%	6,4
Endócrinas, nutricionais e metabólicas	17	205	0,60%	12,1
Ouvido e apófise mastóide	48	200	0,60%	4,2
Total	4.198	34.914	100%	8,3

4.3.6 GRUPOS DE MORBIDADES

A maior incidência por Grupo de Doenças (Lista de Tabulação de Morbidade - Classificação CID10)²⁴ foram as Infecções das vias aéreas superiores -IVAS (J00 a J06) perfazendo 11,5% do total (482 licenças/ano), dorsopatias (M40 a M54) com 321 licenças (7,6%), transtornos do humor (F30 a F39) com 250 licenças (6,0%), doenças infecciosas intestinais (5,5%), transtornos dos tecidos moles (4,5%) e transtornos neuróticos relacionados com o estresse e somatoformes (3,7%).

Os transtornos do humor, onde estão incluídos os estados depressivos, contribuíram para 5.693 dias de afastamentos (16,3%) do total. As dorsopatias também foram significativas (2.731 dias de afastamentos – 7,8%), seguidas dos transtornos de tecidos moles (5,5%) e transtornos neuróticos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes com 5,2% do total de dias perdidos. (Tabela 10)

Tabela 10: Frequência de licenças e dias de afastamento por grupos diagnósticos em um hospital universitário - 2006

Grupos de diagnósticos	CID10	Incidência	%	dias	%
Transtornos do humor	F30 a F39	250	6,0%	5693	16,3%
Dorsopatias	M40 a M54	321	7,6%	2731	7,8%
Transtornos tecidos moles	M60 a M79	190	4,5%	1904	5,5%
Transtornos neuroticos , relacionados com estresse e somatoformes	F40 a F48	157	3,7%	1812	5,2%
Procedimentos e cuidados específicos	Z40 a Z54	132	3,1%	1285	3,7%
Artropatias	M00 a M25	123	2,9%	1175	3,4%
Traumatismo tornozelo pé	S90 a S99	67	1,6%	989	2,8%
IVAS	J00 a J06	482	11,5%	984	2,8%
Traumatismo de punho e mão	S60 a S69	54	1,3%	828	2,4%
Transtornos da conjuntiva	H10 a H13	132	3,1%	673	1,9%
Exame de investigação	Z00 a Z13	45	1,8%	668	1,9%
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J40 a J47	47	1,1%	599	1,7%
Influenza e pneumonia	J10 a J18	116	2,8%	581	1,7%
Outros		2082	49,00%	14.992	40,10%
Total		4.198	100,00%	34.914	100,00%

4.3.7 SITUAÇÕES ESPECIAIS

4.3.7.1 Absenteísmo na categoria de enfermagem

63% do pessoal de enfermagem se ausentaram pelo menos uma vez do trabalho por motivo de doença, sendo o maior valor entre os tipos de cargos estudados. A frequência entre os auxiliares de enfermagem (62,4%) e técnicos de enfermagem (65,2%) foi maior que nos enfermeiros (45,7%) ($p < 0,0001$). A taxa de gravidade (dias de licença/trabalhador) foi maior entre os enfermeiros (8,38), seguido dos auxiliares de enfermagem (7,48) e dos técnicos (6,07), sendo que a média geral ficou em 6,67%. O índice de absenteísmo na enfermagem ficou em 6,75%. Analisando-se os três cargos, as diferenças encontradas (enfermeiro/4,77% – técnico de enfermagem/6,71% e auxiliar de enfermagem/8,17%) não se mostraram estatisticamente significativas ($p = 0,116$).

Os grupos diagnósticos mais frequentes no pessoal de enfermagem foram as doenças do aparelho respiratório (16,2%), Sistema osteomuscular (14,7%), transtornos mentais (10,6%) e doenças infecciosas e parasitárias (6,2) – número bem semelhantes ao restante dos trabalhadores. As morbidades mais prevalentes foram as IVAS (infecções de vias aéreas superiores -11,2%), dorsopatias (8,3%), transtornos do humor (6,5%) e Doenças infecciosas intestinais (5,4%).

4.3.7.2 Doenças do aparelho respiratório

O Grupo das doenças do aparelho respiratório são as mais frequentes como causa de afastamento correspondendo a 16,9% dos casos. A grande maioria das licenças (80%) não excedeu os três dias. O grupo de morbidades mais frequente foram as Infecções de Vias Aéreas Superiores (J00 a J06) (68% dos casos) e Influenza e Pneumonia (J10-J18) com 16,4%. Um terço das afeições se concentraram nos meses de maio e junho (média de 16,7) sendo que média nos outros meses ficou em $6,65 \pm 2,08$.

As doenças respiratórias atingem 20,5% dos trabalhadores na faixa etária mais jovem (0 a 30 anos), caindo progressivamente até o índice de 11,4% naqueles com mais de 50 anos. Paradoxalmente, é pouco frequente nos trabalhadores com menos de dois anos de serviço (11,8%) comparado com aqueles com dois a cinco anos (20,3%), seis a dez (20,5%) e onze a quinze (19,9%), caindo ligeiramente nos trabalhadores com mais de dezesseis anos (14,9%). ($p < 0,0001$).

Também há diferença no acometimento entre os vínculos, sendo que 20% dos estatutários e 13% dos celetistas se afastaram com doenças do aparelho respiratório. [OR= 1,632 (IC 1,285 – 2,072)]. $p=0,000$. As mulheres são mais susceptíveis de se afastarem por doenças respiratórias [OR = 2,49 (IC95% 1,91-324)].

4.3.7.3 Transtornos mentais

Os transtornos mentais e do comportamento (GRUPO V da CID10) foram responsáveis por 23,5% dos dias de afastamento, com 427 casos e taxa de severidade de 19,19 dias. Os grupos diagnósticos mais frequentes foram os transtornos do humor (F30-F39) com 250 casos e 5693

dias de afastamentos e os transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e transtornos somatoformes com 157 casos e 1812 dias de afastamentos. Foram acometidos 9,1% da população feminina e 3,0% da masculina (OR = 3,256 (IC95% 2,094 – 5,064). Também foi mais freqüente nos estatutários (9,0%) que nos celetistas (3,3%) (OR= 2,913 (IC95% 1,901 – 4,463). Os afastamentos por transtorno mental também foram maiores entre os separados (4,35), seguido dos casados (1,06), solteiros (0,98) e viúvos (0,09). Apenas a diferença entre os viúvos e demais grupos mostrou-se estatisticamente significativa.

Poupou a população com até dois anos de trabalho com um índice de 1,2%, elevando-se para 8,68% nas demais faixas de tempo de serviço, sendo maior na faixa de 11 a 15 anos com 11,7%. Não houve diferença significativa entre as várias faixas etárias estudadas. Os tipos de cargos mais acometidos foram de apoio operacional com 2,12% e enfermagem com 1,47%. Os cargos com maior índice de absenteísmo, considerando-se aqueles com pelo menos cinco funcionários, foram: auxiliar operacional (9,9%), nutricionista (6,86%), copeiro (6,76%), auxiliar de serviços gerais (5,30%), técnico em farmácia (2,50%) e auxiliar de enfermagem(1,96%). Os locais de trabalho de maior taxa de absenteísmo foram: Diretoria de Enfermagem (5,11%), Infra-estrutura (4,26%), Lavanderia (3,75%), Unidade de Internação Pediatria (2,87%) e Unidade de Internação Transplantes (2,27%). É importante lembrar que na Diretoria de Enfermagem estão aqueles trabalhadores afastados por tempo prolongado e sem lotação específica.

4.3.7.4 Doenças osteomusculares

Dentre as doenças do tecido osteomuscular, as mais freqüentes são as dorsopatias (M40-M54) com 50%, os transtornos dos tecidos moles (M60-M79) com 29,6% e as artropatis (M00-M25) com 19,5%. A taxa de severidade foi de 9,17 dias. Destaca-se a incidência maior nos cargos de nível fundamental (18,3%) e médio (15,0%) comparado com nível superior.(6,0%). Os *tipos de cargos* mais atingidos foram: *operacional* (18,9%) e *enfermagem* (16,2%). Os cargos classificados em *outros profissionais de saúde* (1,9%) e *médicos* (2,6%) tiveram os menores índices. O acometimento é pequeno nos trabalhadores com menos de dois anos de serviço (4,0%) e depois se eleva para uma média de 14,7% nas demais faixas e com pouca oscilação. Considerando-se os cargos com mais de cinco pessoas, aqueles com maior incidência de doenças do sistema osteomuscular foram: auxiliar de cozinha, operador de máquina de lavanderia, técnico e auxiliar de enfermagem, técnico e auxiliar de laboratório e

técnico em farmácia. Considerando-se o índice de absenteísmo, os cargos com maiores índices foram mestre/ofício, operador de máquina de lavanderia, contra mestre, técnico em radiologia, auxiliar de laboratório e técnico de enfermagem.

4.4 DISCUSSÃO

Trata-se do levantamento de apenas um ano e deve ser visto como um retrato da situação no momento específico. Em algumas discriminações, o tamanho da amostra se mostrou pequeno dificultando as análises estatísticas. Os diagnósticos das licenças também são imprecisos pois no banco de dados não havia o diagnóstico e sim o seu agrupamento de morbidade. A necessidade de agrupar locais e cargos para a análise fazem com que se ganhe em sensibilidade e perca em especificidade ou vice-versa, de acordo com os critérios adotados.

O perfil da população caracteriza bem a tendência da área da saúde com predominância da população feminina e predominância dos cargos de nível médio e superior. A distribuição da população por tempo de serviço mostra um equilíbrio entre a renovação (18% dos trabalhadores têm menos de dois de trabalho) e a permanência no emprego (42% têm mais de 10 anos de casa). Nos últimos anos o Hospital tem ampliado alguns serviços o que explica a concentração de novos trabalhadores e um contingente menor entre os 6 e 10 anos. Observa-se uma entrada tardia no hospital (média de 29,35 anos), talvez em função do nível de escolaridade exigido para a maioria dos cargos.

Verifica-se também que as últimas entradas no hospital são predominantemente pelo regime celetista. Ao mesmo tempo em que este fato pode minimizar os riscos de absenteísmo do servidor estatutário, pode originar outros fatores relativos à motivação e identificação com a instituição. A rotatividade tende a aumentar, o que levaria a dificuldades no treinamento e maior suscetibilidades a eventos adversos e acidentes. Outro aspecto a ser considerado é a crescente terceirização das atividades-meio do setor hospitalar público, complexificando mais ainda as relações internas, com aumento da competição, dificuldades de controle e pulverização das responsabilidades.

Mais da metade dos trabalhadores do hospital teve pelo menos uma licença no ano. O risco maior para o sexo feminino,^{20,21,25,26,27} para o nível fundamental de escolaridade do cargo,^{8,28} e a para a estabilidade no emprego^{5,29} confirmam os números encontrados na literatura

O sexo feminino apresenta estatísticas mais altas que o masculino em vários estudos realizados e essa tendência se confirma no segmento hospitalar. As explicações estariam na dupla jornada de trabalho, ou seja, a mulher ao sair para trabalhar não compartilha em iguais condições com os homens das tarefas da casa. Isosaki (2003) identificou que a presença de crianças em casa favorece o absenteísmo.²⁶ A precarização do trabalho levou também a busca de mais de um emprego ou extensão de jornada na própria instituição. Sabe-se também que a mulher tende a buscar mais os serviços de saúde que os homens, podendo levar a novos afastamentos. Ademais, seria a mulher mais frágil fisicamente para assumir determinadas tarefas, levando a uma incidência de distúrbios osteomusculares?

Os servidores estatutários apresentaram maiores índices de absenteísmo, comparados com celetistas. Esse comportamento, confirmado em outros trabalhos^{4,5,25,29}, poderia ser explicado pela maior segurança de manutenção do emprego, maior facilidade de se obter a licença médica, maior insatisfação com o trabalho e menor pressão competitiva.³⁰

Não há diferença significativa entre o número de afastamentos de acordo com a faixa etária. Como essa tendência não se mantém nos índices de absenteísmo, deduz-se que os trabalhadores com menos de 30 anos apresentam menor *taxa de severidade* (média de duração de licenças), concentrando-se nos afastamentos de curta duração.

Os cargos classificados como de *apoio operacional* (trabalhadores braçais) apresentaram os mais altos índices de absenteísmo. São acometidos principalmente pelas doenças osteomusculares e transtornos mentais. Outros trabalhos também encontraram essa tendência.^{6,8,31} Nos cargos de nível elementar estão concentradas as atividades mais pesadas e com maior esforço físico, o que explica a concentração dos distúrbios musculoesqueléticos nessa categoria.

Observa-se que aqueles setores com contato direto com pacientes apresentaram maiores índices (internação e urgência e pessoal de enfermagem). Os setores de apoio operacional (como Lavanderia, Serviço de Nutrição e Dietética, Central de Esterilização e outros) também apresentaram altos índices o que pode ser explicado pela sobrecarga de trabalho e baixo controle do ritmo de produção, uma vez que esses setores devem acompanhar a demanda apresentada pelos setores diretamente ligados aos pacientes. A menor incidência de absenteísmo nos setores administrativos comparado com setores mais ligados a atividades-

fim, demonstra a distribuição desigual entre os setores. Existiriam ali melhores condições de trabalho, menores riscos, melhor clima organizacional, perfil sócio-demográfico diferenciado ou outros fatores não identificados?

As menores taxas de absenteísmo na categoria médica comparado com outros profissionais da saúde estão de acordo com outros estudos^{9,32}. Observa-se também que na categoria médica a taxa de severidade (duração das licenças) é maior. A possibilidade de substituição do plantão e a flexibilidade no horário também podem explicar essas estatísticas de baixo índice de absenteísmo entre os médicos. McKevitt *et al*³² identificaram razões apontadas por médicos para comparecerem ao trabalho ainda que doentes: dificuldades de substituição, dificuldades de assumir a própria doença, auto-medicação, compromisso com doentes, pressão do trabalho e ética profissional. Outra hipótese que deve ser investigada é a informalidade das relações entre os médicos e suas chefias fazendo com que nas ausências de curta duração, mesmo por motivo de doença, não seja exigida a homologação do atestado médico¹¹.

A categoria de enfermagem apresentou altos índices de absenteísmo. As condições precárias aliadas a situações de vida possibilitam o adoecimento desses profissionais, no entanto Elias e Navarro¹⁰ identificaram que o não reconhecimento pelo esforço leva a insatisfação no trabalho, muito mais que as próprias condições precárias. Alguns elementos estressores apontados para enfermeiros poderiam ser extrapolados aos demais trabalhadores de uma organização hospitalar: recursos inadequados, relações conflituosas, cobranças indevidas, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento profissional, ausência de poder de decisão e outros.

Os fatores de risco do ambiente hospitalar podem levar a problemas de ordem psicológica, mas também a desordens musculoesqueléticas e outros problemas de saúde.³³ A distribuição entre os diversos grupos da CID10 reflete bem a natureza do trabalho hospitalar e o impacto na saúde dos trabalhadores.

Nas últimas décadas as doenças osteomusculares tornaram-se predominante no conjunto das doenças relacionadas ao trabalho, atingindo indiscriminadamente trabalhadores de vários ramos de atividades.³⁴ Aumentam no decorrer dos anos de trabalho e, neste estudo, ocupam o segundo posto em incidência e taxa de severidade. Podem indicar sobrecarga de trabalho, situações de riscos ergonômicos ou deficiências no treinamento dos trabalhadores. Também

pode ser explicada pelo baixo nível de cooperação entre os trabalhadores, conseqüências de trabalho estressante e com pouca oportunidade de troca. O aumento dos índices de acordo com o tempo de serviço e os altos índices nos cargos de trabalhos manuais, movimentos repetitivos e posições não ergonômicas reforçam a relação de sua incidência com o modelo de organização do trabalho.

A curta duração das licenças por doenças respiratórias, além de ser uma característica dessas patologias podem caracterizar um mecanismo de escape das tensões do dia-a-dia. Essa hipótese pode ser corroborada comparando-se os índices por faixa etária e tempo de serviço: se as Infecções de Vias Aéreas Superiores são mais freqüentes entre os jovens, deveria ser prevalente nos trabalhadores com menos de dois anos de trabalho, o que não é observado.

Os transtornos mentais e do comportamento representaram um quarto dos dias de afastamento ao trabalho da comunidade hospitalar. Segundo estimativas da OMS, os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados.³⁵ Enfermidades consideradas como emergentes, como estresse, depressão e ansiedade têm preocupado autoridades no mundo inteiro e, no mundo do trabalho, têm sido atribuídas a mudanças na organização do trabalho e nos processos produtivos.³⁶ Em 1955, Hill & Trist³⁷, foram os primeiros a sugerir de que o absenteísmo poderia ser o resultado de situações estressoras no trabalho. A alta demanda psicológica e o baixo controle sobre o trabalho tornam o mesmo estressante³⁸ e tem sido encontrado correlação entre o estresse e absenteísmo.^{16,39,40,41} embora, os fatores envolvidos nessa correlação não se encontrem completamente elucidados^{42,43},

A alta incidência dos transtornos mentais e seu impacto nas estatísticas de absenteísmo, merecem atenção especial da organização no sentido de identificar possíveis fatores que estão incrementando esses números. As doenças osteomusculares são passíveis de abordagens no processo de trabalho, movimentos repetitivos, posições viciosas e sobrecarga de trabalho que podem ser revistas e minimizadas com treinamento e melhor planejamento das atividades. As doenças respiratórias, com hegemonia das Infecções de Vias Aéreas Inferiores poderiam ser combatidas com ênfase nas vacinações contra gripe e influenza e campanhas de promoção da saúde.

Vários estudos tem demonstrado claramente a relação entre as condições psicossociais do trabalho e satisfação dos trabalhadores, adoecimento e absenteísmo.^{38,44,45,46} O estresse ocupacional nos profissionais da saúde manifesta-se com insatisfação profissional, diminuição da produtividade, absenteísmo e acidentes de trabalho.^{3,47,48} Além disso, nas organizações hospitalares os princípios administrativos com imposição produtiva, regras a serem cumpridas, determinações superiores e outras restrições muitas vezes se contrapõem ao cuidado e à natureza da assistência.⁴⁹

Qual o perfil do trabalhador que se ausenta do trabalho? A distribuição desigual em função de fatores como vínculo, sexo, horário de trabalho, tempo de serviço, cargo e local de trabalho foi confirmada. O IFT (índice de frequência por trabalhador) é de 1,9, ou seja, cada trabalhador teve em média menos de duas licenças no ano, sendo que 50% das licenças foram de até dois dias e 82% foram de até 10 dias e que correspondem a 27% dos dias de afastamentos. Por outro lado, um grupo pequeno de trabalhadores (cerca de 10%) se afastou por mais de 15 dias, correspondendo a mais de 60% dos dias de afastamentos. Poderíamos identificar assim dois agrupamentos básicos. O primeiro grupo se afasta por curto período e por problemas respiratórios, doenças do aparelho digestivo e sintomas e sinais gerais. O segundo grupo se afasta por doenças crônicas, como neoplasias, doenças do sangue e transtornos imunitários, além dos transtornos do humor e do comportamento. As doenças osteomusculares com taxa de severidade de 9,39 (DP= 16,61) embora com variabilidade no tempo das licenças, poderiam ser enquadradas no segundo grupo, em função do impacto exercido na instituição.

4.5 CONCLUSÃO

Os estudos confirmam o absenteísmo como importante indicador de saúde, da situação de trabalho organizacional e de motivação dos trabalhadores. O levantamento estatístico de um ano, considerando-se os diversos vínculos e as situações de afastamento de curta e longa duração são importantes sinalizadores dessa condição e podem apontar caminhos para a melhoria dessa realidade, que devem ser levadas em conta pelos gestores e pelos trabalhadores. Outros fatores da organização do trabalho parecem ter influência no absenteísmo e merecem ser identificados e acompanhados.¹⁶

Os fatores de risco já identificados para o absenteísmo, como sexo, vínculo, estado civil, faixa etária, cargo, local de trabalho e outros, além dos riscos do ambiente hospitalar e de natureza ergonômica vão influir nas oscilações dessas estatísticas. Os riscos psicossociais que podem levar ao estresse no trabalho, insatisfação profissional, diminuição da produtividade, absenteísmo e acidentes de trabalho devem ser identificados para possível intervenção.

A escassa disponibilidade de estatísticas de absenteísmo, principalmente na área da saúde, dificulta a análise dos dados em sua magnitude e comparações com outras instituições e sua evolução ao longo dos anos. O incentivo à apuração do absenteísmo pelos gestores, entidades de classe, órgãos normatizadores e instituições de pesquisa poderia ser um fator de atuação nessa realidade. Conhecer a condição de saúde-doença e os fatores que a influenciam é o primeiro passo na perspectiva de uma organização mais humana e mais saudável para os próprios trabalhadores e consequentemente para aqueles que necessitam de seus serviços.

4.6 ABSTRACT

Absenteeism in workers of a public and university hospital

Objectives:

To analyze the absenteeism indicators, for disease reasons, of a hospital organization, in the period of one year. Also to examine the indicators variability according to the socio-demographic aspects, the work organization and the morbidity groups of the International Classification of Diseases.

Methods:

2790 workers of a public and university hospital, hired under legal or selective régime, have been studied. Amongst the licenses initiated in 2006, only those homologated by the medical service, dispatched by the University medical expertness or expedited by the National Institute of Social Insurance have been considered.

Results:

1471 workers (52, 1%) had taken off one or more licenses during the year. The absenteeism index reached 5, 3%. The severity rate reached 8, 3 days; the danger rate, 12, 5 days and the average frequency per worker reached 1, 9. The identified risk factors were: feminine sex, legal bond, schooling, nocturnal work, service time, nursing positions, operational positions and distinct work sectors of administration.

Conclusions:

The studies upheld the absenteeism as an important health indicator, as well as a worker motivation indicator and organizational work situation pointer. Its accompaniment may lead to the improvement of work conditions, life quality and work productivity. The nosology which have been more frequent were respiratory illnesses, musculoskeletal system and connective tissue diseases and mental and behavioural disorders.

Keywords:

Absenteeism, health organizations, human resources in health, worker health, occupational diseases, public health, health management.

4.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Mendes R, Dias, EC. Saúde dos trabalhadores In: Roquayrol M.Z.L. & Almeida Filho, M. *Epidemiologia & Saúde*. 1999 5º Ed. Pag. 431-456. MEDSI.
- 2 Reis, P; Ribeiro, PCL. Detecção de agravos à saúde relacionados com o trabalho e o uso gerencial da informação. In: *Mendes R. Patologia do Trabalho. 2º ed. Atualizada e Ampliada*. São Paulo. Editora Atheneu. 2003.
- 3 Anderzen I e Arnetz BB. The impact of a prospective survey-based workplace intervention program on employee health, biologic stress markers, and organizational productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2005. 47(7): 671-682
- 4 Alves M. O absenteísmo do pessoal de enfermagem nos hospitais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre; 1994; 15(1-2): 71-75.
- 5 Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, Bonilla ML, Navarro i Gine A; Martin M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5):616-23.
- 6 Godoy SCB. Absenteísmo-doença entre trabalhadores de um hospital universitário. Dissertação (mestrado) em enfermagem. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2001.
- 7 Silva DMPP; Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. latinoam. Enfermagem* 2000; 8(5):44-51.
- 8 Lim A; Chongsuvivatwong V; Geater A; Chayaphum N; Thammasuwan, U. Influence of work type on sickness absence among personnel in a teaching hospital. *Journal Of Occupational Health* 2002; 44(4):254 -263.
- 9 Kivimaki M; Sutinen R; Elovainio M *et al*; Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occupational And Environmental Medicine* 2001; 58(6):361-366.
- 10 Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006. 14(4): 517-25
- 11 Valtorta A; Sidi E; Bianchi SCL. Estudo do absenteísmo médico num Hospital de Grande Porte. *Rev bras saúde ocup*. 1985. 13(51):55-61.
- 12 Aronsson G, Gustafsson K; Dallner, M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54(7) 502-509.
- 13 Flores Sandí G. Presentismo: potencialidad en accidentes de salud. *Acta méd. Costarric* 2006; 48(1):30-34

-
- 14** Taylor PJ. Personal factors associated with sickness absence. *Br J Ind Med*. 1968. 25:106-118 Apud McKeivitt C; Morgan M; Dundas R; Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *Journal Of Public Health Medicine* 1997; 19(3):295-300.
- 15** Guimarães RSO. O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar. Dissertação (mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro 2005. 83 p.
- 16** Woo M; Yap AK; Oh TG; Long FY. The relationship between stress and absenteeism. *Singapore Med J*. 1999.40(9):590-5.
- 17** Lee JB, Eriksen LR. The effects of policy change on three types of absence. *J Nurs Adm*. 1990. 20:37-40
- 18** Chadwick-Jones D, Nicholson N, Brown C. Social Psychology of absenteeism.. New York. Praeger. 1982 apud Woo M; Yap AK; Oh TG; Long FY. The relationship between stress and absenteeism. *Singapore Med J*. 1999. 40(9):590-5.
- 19** Muchinsky PM. Employee absenteeism: A review of literature. *Journal of Vocational Behavior*. 1977. 10:316-40. Apud Woo M; Yap AK; Oh TG; Long FY. The relationship between stress and absenteeism. *Singapore Med J*. 1999. 40(9):590-5.
- 20** Guimarães RSO. O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar. Dissertação (mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro 2005. 83 p.
- 21** Gazmuri M., Ana María; López Bravo, Ilse; Sandoval O., Hernan. Estudio de ausentismo en trabajadores de un hospital / Absenteeism due to sickness in hospital workers .*Rev. méd. Chile*;1992 20(9):1053-9.
- 22** Mesa M, FR; Kaempffer R AM. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. *Rev. méd. Chil* 2004; 132(9):1100-1108
- 23** Robazzi, MLCC; Paracchini, SA; Gir, E; Santos, WDF, Moriya TM. Serviço de enfermagem: um estudo sobre os absenteísmos. *Rev. bras. saúde ocup*; 1990. 18(69):65-70.
- 24** Organização Mundial de Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10º Revisão*. São Paulo. EDUSP. 1995
- 25** Godin I; Kittel F. Differential economic stability and psychosocial stress at work: associations with psychosomatic complaints and absenteeism. *Soc Sci Med*. 2004; 58(8):1543-53.
- 26** Isosaki M. Absenteísmo entre trabalhadores de Serviços de Nutrição e Dietética de dois hospitais em São Paulo Dissertação(mestrado) Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo.172 p. 2003.
- 27** Johansson G; Lundberg I. Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. *Social Science Med*. 2004; 58(10):1857-68.

-
- 28** Ramadam PA. Fatores de risco associados ao relato de sintomas osteomusculares em trabalhadores de laboratório de patologia clínica. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. 130 p. 2003.
- 29** Virtanen, M; Kivimaki M; Elovainio M; Vahtera J; Cooper CL. Contingent employment, health and sickness absence. *Scandinavian Journal Of Work Environment & Health* 2001; 27(6):365-372.
- 30** Wooden M. The 'Sickie': A public Sector Phenomeno? *The Journal of Industrial Relation*. 1990. 32:560-76.
- 31** Assunção, AA. O saber prático construído pela experiência compensa as deficiências físicas provocadas pelas condições inadequadas de trabalho. *Trabalho & Educação*. 2003. 12(1): 35-49.
- 32** McKevitt C; Morgan M; Dundas R; Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *Journal Of Public Health Medicine* 1997; 19(3):295-300.
- 33** Klitzman S. House JS, Israel BA, Mero RP. Work stress, nonwork stress, and health. *J. Behav Med* 1990. 13:221-243.
- 34** Wünsch Filho, V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. *Rev Bras Med Trab*. 2004 2(2): 103-117
- 35** Ministério da Saúde, Representação do Brasil da OPAS-OMS. Organizado por Elizabeth Costa Dias. *Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. 2001.
- 36** Murofuse, NT; Abranches, SS; Napoleão, AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2005. 13(2): 255-261. Ribeirão Preto.
- 37** Hill JM, Trist EL. A consideration of industrial accidents as means of withdrawal from the work situation. *Human Relations*. 1955. 8:121-52 apud Woo M; Yap AK; Oh TG; Long FY. The relationship between stress and absenteeism. *Singapore Med J*. 1999. 40(9):590-5.
- 38** Karasek, R. El Modelo de demandas-control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estres y desarrollo de comportamientos activos *In: Enciclopédia de salud Y seguridad em el trabajo*. 2000. Genebra. Organização Internacional do Trabalho. 34.6-34.16
- 39** Mannig, MR. Osland JS. The relationship between absenteeism and stress. *Work & Stress*. 1989. 3:223-35
- 40** Kivimaki M; Vahtera J; Thomsom J. et al. Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline. *J Appl Psychol*. 1997.82:858-72
- 41** Ala-Mursula L; Vahtera J; Kivimäki M; Kevin MV; Pentti J. Employee control over working times: associations with subjective health and sickness absences. *J Epidemiol Community Health*. 2002. 56(4):272-8
- 42** Jamal M. Job stress and job performance controversy: Na empirical assesment. *Organizational Behavior and Human performance*. 1984. 33:1-21.

-
- 43** Farell D, Stamm CL. Meta-Analysis of the Correlates of Employee Absence. *Human Relations*. 1988. 41:211-27.
- 44** Mechteld R, Smets EMA, Oort FJ et als. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Can Med Assoc J*. 2003. 168-271
- 45** Borg V, Kristensen TS, Burr H. Work environment and changes in self-relatek health: a five year follow-up study. *Stress Medicine*. 2000. 16:37-47
- 46** Arnetz, BB; Sjogren, B; Rydehn, B; Meisel, R. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: A prospective controlled intervention study. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*. 2003. 45(5):499-506.
- 47** Stacciarini JMR, Tróccoli, BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001 9(2):17-25.
- 48** Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Méd*. 2000. 57:656-660
- 49** Ortiz GCM, Platiño NAM. El stress y su relacion com las condiciones de trabajo del personal de enfermaria. *Rev Invest Educ Enfermeria*. 1991. 9(2):91.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos iniciais de conhecimento da realidade de adoecimento e absenteísmo em uma instituição hospitalar foram alcançados satisfatoriamente. Algumas limitações dificultaram o andamento dos trabalhos da forma como previsto inicialmente. Os dados dos últimos cinco anos não estavam disponíveis. Optou-se por trabalhar detalhadamente pelo período de um ano, procedendo-se a avaliação de determinado momento da instituição. Os indicadores obtidos e seu detalhamento poderão servir de parâmetro para estudos e acompanhamentos posteriores, na mesma instituição no sentido de avaliar eventuais políticas implantadas para melhoria desses números e comparações com outras instituições.

A redução do absenteísmo somente será possível com uma abordagem multidisciplinar e assumida pela instituição como um todo e não apenas pelo serviço de atenção à saúde. Começa por atitude do próprio trabalhador em relação à sua saúde e segurança, o planejamento de ações preventivas e de políticas de recursos humanos coerentes com as necessidades dos trabalhadores, e compatíveis com a missão institucional.

Ações específicas devem ser desenvolvidas no sentido de reverter situações de risco já existentes, tais como: monitoramento permanente do ambiente de trabalho e ações necessárias à eliminação ou controle dos riscos, melhoria da assistência e ações de promoção da saúde; mapeamento dos processos de trabalho com participação ativa dos trabalhadores, aumentando a consciência de sua condição e inserção no processo de trabalho; criação de oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, reconhecimento do papel individual, aumentando assim o compromisso com a instituição e a satisfação no trabalho.

Cada organização tem a sua cultura de absenteísmo e de acordo com ela se comporta. Avaliações qualitativas devem suceder este trabalho, no sentido de melhor instrumentalizar os diversos atores envolvidos, na identificação de elementos que possam estar comprometendo o pleno exercício do trabalho que, ao invés de adoecer, pode e deve ser um fator de gratificação e realização pessoal e profissional.

APÊNDICE

**PROJETO DE PESQUISA: O PERFIL DOS TRABALHADORES,
SEU ADOECIMENTO E ABSENTEÍSMO EM UM HOSPITAL
PÚBLICO UNIVERSITÁRIO**

Geraldo Majela Garcia Primo

**O PERFIL DOS TRABALHADORES, SEU ADOECIMENTO E
ABSENTEÍSMO EM UM HOSPITAL PÚBLICO
UNIVERSITÁRIO**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial (qualificação) para obtenção do título de mestre em Saúde Pública (área de concentração em Saúde do Trabalhador).

Orientador: Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte

2006

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: indicadores de absenteísmo e definições	79
Tabela 2: Comparação do absenteísmo entre várias categorias profissionais	82
Tabela 3: taxas de absenteísmo do setor hospitalar de alguns estudos no Brasil e AL.....	82
Tabela 4: absenteísmo entre trabalhadores de um hospital de ensino, por tipo e duração	83
Tabela 5: Fatores organizacionais e sua influência no absenteísmo	86
Tabela 6: Modelo Demanda-Controle e suas aplicações no estudo do absenteísmo.	90
Tabela 7: Diagnósticos mais comuns do absenteísmo na saúde.....	91
Tabela 8: aspectos sócio-demográficos e suas implicações no absenteísmo.....	93
Tabela 9: Medidas preventivas de absenteísmo.	94

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Demanda-Controle	89
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SIGLA	DESCRIÇÃO
AL	América Latina
CID10	Classificação Internacional de Doenças – 10º revisão.
COEP/UFMG	Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
IA	Índice de Absenteísmo
IC95%	Intervalo de Confiança a 95%
ICOH	International Commission on Occupational Health
ICPC2	Classificação Internacional de Cuidados Primários
IDD	Índice de duração (dias)
IFL	Índices de frequência (licenças médicas)
IFT	Índice de Frequência (trabalhadores)
IPM	Índice de prevalência momentânea
NR	Norma regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OR	Odds Ratio (Razão de Chances)
PCMSO	Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
PTP	Proporção de tempo perdido
SAST	Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador
SND	Serviço de Nutrição e Dietética
UF	Unidade Funcional
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USO	Unidade de Saúde Ocupacional

**O PERFIL DOS TRABALHADORES, SEU ADOECIMENTO E
ABSENTEÍSMO EM UM HOSPITAL PÚBLICO
UNIVERSITÁRIO**

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	73
1.1	TEMÁTICA	73
1.2	O PROBLEMA	73
1.3	JUSTIFICATIVA.....	75
2	REVISÃO DE LITERATURA	76
2.1	CONCEITUAÇÃO	76
2.2	ESTATÍSTICAS	78
2.3	O ABSENTEÍSMO NA SAÚDE	80
2.4	PRESENTEÍSMO	83
2.5	FATORES ORGANIZACIONAIS	85
2.5.1	<i>O RISCO PSICOSSOCIAL.....</i>	<i>87</i>
2.6	ABSENTEÍSMO E PERFIL DE MORBIDADE	91
2.7	ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	92
2.8	MEDIDAS PREVENTIVAS	94
3	OBJETIVOS.....	95
3.1	OBJETIVO GERAL.....	95
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	95
4	METODOLOGIA	96
5	CRONOGRAMA	100
6	VIABILIDADE E CUSTOS.....	101
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMÁTICA

Pretende-se estudar o absenteísmo-doença dos trabalhadores de saúde de um hospital público universitário.

1.2 O PROBLEMA

O trabalho, em geral, ocupa a maior parte do tempo de nossas vidas, notadamente de nossos anos mais saudáveis. Sinal dos tempos modernos, o trabalho está tão imbricado em nosso dia-a-dia que chegamos a confundir saúde com capacidade para o trabalho. Melhor dizendo: “sei que estou doente quando não consigo trabalhar.”

É possível identificar desde a antigüidade, embora de forma não sistemática ou não reconhecida, elementos que relacionam o trabalho a determinados padrões de doenças e condições de sofrimento e até mesmo morte prematura de determinados grupos de trabalhadores. (MENDES e WAISSMANN, 2003).

A influência do trabalho enquanto fator causal de dano ou agravo à saúde está hoje bem estabelecida e dimensionada em sua importância e magnitude. A classificação de Schilling reconhece as doenças e sua relação com o trabalho em três categorias (MENDES, 2003):

- I. trabalho como causa necessária: intoxicação por chumbo, silicose e outras;
- II. trabalho como fator de risco contributivo ou adicional, mas não necessário: doença coronariana, doença do aparelho locomotor, câncer, varizes de membros inferiores e outras;
- III. trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida: bronquite crônica, dermatite de contato, asma, doenças mentais e outras

A NR-7 (Norma regulamentadora número sete) que estabelece as diretrizes para um Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional (PCMSO) indica que os aspectos clínicos e epidemiológicos devem ser acompanhados pelos dirigentes, pelos trabalhadores e pela equipe de saúde de uma determinada classe de trabalhadores agrupados pela natureza de seu trabalho e/ou por sua aglomeração organizacional ou de localização.

Organizar, conhecer e acompanhar as informações relativas à saúde dos trabalhadores em seu ambiente de trabalho, permite ações preventivas e corretivas naquele que é o maior patrimônio da empresa e permite melhorar o padrão e a qualidade de vida no trabalho que podem inclusive repercutir para o ambiente extramuros. A qualidade das informações e a forma como elas devem ser colhidas, processadas, avaliadas e utilizadas devem seguir critérios técnicos eficazes e padronizados, permitindo assim comparações ao longo do tempo no próprio ambiente e horizontalmente com outras empresas ou classe de trabalhadores de comportamentos ou atividades similares.

As ausências no trabalho por motivo de doença têm importância na saúde pública, uma vez que indicam um processo de adoecimento dos trabalhadores e têm também impacto econômico, pois interferem na produção, aumentam o custo operacional e reduzem a eficiência no trabalho. O absenteísmo também acarreta sobrecarga àqueles que permanecem no trabalho tendo que executar também as atividades dos colegas ausentes podendo levar ao aparecimento de novos problemas de saúde e possíveis afastamentos no futuro.

Enquanto profissional de Saúde do Trabalhador de um hospital universitário, no atendimento aos trabalhadores e também na assessoria de planejamento deste hospital, identifiquei o absenteísmo como uma questão intrigante e relevante a ser enfrentada.

A pergunta central que norteará esta investigação é: qual é a magnitude e o perfil do absenteísmo hospitalar? Parto da hipótese de que nesta instituição o absenteísmo se distribui de forma heterogênea com variações no interior de seus diversos setores e guardando uma relação com os fatores de riscos ocupacionais, da organização do trabalho e com as características da força de trabalho contratada.

1.3 JUSTIFICATIVA

Coletar, organizar e analisar os dados relativos ao absenteísmo de uma organização torna-se então relevante uma vez que pode gerar informações que possibilitam:

- Melhorar as condições de trabalho dessa organização, eliminando ou minimizando os riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos, determinantes ou potencializadores de absenteísmo.
- Propor medidas preventivas relativas ao ambiente, estilos de vida e condições de acesso aos serviços de saúde da população alvo.
- Comparar com os números encontrados com outras organizações de natureza ou condições similares e com a literatura.
- Contribuir na construção de parâmetros de acompanhamento por segmento populacional ou de natureza do trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONCEITUAÇÃO

O Ministério da Saúde através da edição do livro *Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)* reconhece a correlação entre o trabalho e o processo saúde-doença classificando essas doenças de acordo com sua relação com o trabalho e para os mais diversos órgãos e sistemas do corpo humano.

Reis e Ribeiro (2003) apresentam uma proposta de hierarquização dos diversos níveis onde estas informações podem estar organizadas, o denominado “Espectro de Resposta Biológica” onde descreve cada uma dessas etapas: base populacional; estilo de vida, condições e processos de trabalho, riscos ocupacionais; alterações de exames laboratoriais e provas funcionais; morbidade sem absenteísmo; morbidade causadora de absenteísmo de curto prazo, morbidade causadora de absenteísmo de longo prazo; aposentadoria por invalidez e mortes.

O acompanhamento epidemiológico de um grupo de trabalhadores se daria, portanto a partir de uma hierarquização de fatores que vão desde os aspectos mais gerais, como a caracterização sócio-demográfica e do ambiente laboral até o evento mais grave do trabalho sobre o homem, ou seja, a morte.

O absenteísmo laboral, evento intermediário nesta cadeia hierárquica, ainda que justificado mediante licença-médica, não significa que tais ausências sejam exclusivamente por causas médicas. Mesa e Kaempffer (2004) apresentam quatro modelos explicativos com diferentes enfoques: econômico, psicossocial, médico e de “êxito organizacional”:

1. Modelo econômico: este modelo sustenta que o comportamento absenteísta se deve a interação de forças: as motivações individuais de ausência dos trabalhadores e quanta ausência pode ser tolerada pelos empregadores, de acordo com a tecnologia de produção que é utilizada. (KAISER, 1998).

2. Modelo psicossocial: este modelo sustenta que diferentes culturas de ausência emergem como resultado de interação de indivíduos, grupos de trabalho e a organização. O total de tempo perdido cria uma cultura de ausência em distintos ambientes de trabalho e ocupações. A decisão de se ausentar é tomada no âmbito de uma cultura que pode ser dependente, moral, fragmentada ou conflitiva. A ausência é uma conduta individual dentro de um contexto social.
3. Modelo Médico: segundo esse enfoque existem fatores que contribuem para um padrão de absenteísmo laboral: demográficos (idade, sexo, perfil de ocupação), satisfação com o trabalho (geral, remuneração, sentido de realização, etc.), características organizacionais (tamanho, etc..), conteúdo do trabalho(níveis de autonomia e responsabilidade) e outros fatores como compromisso individual, distância do trabalho, etc..
4. Modelo do “êxito organizacional”: este modelo sustenta que os trabalhadores que vão se retirar da organização voluntariamente, têm uma maior taxa de absenteísmo do que aqueles que irão permanecer. Os trabalhadores que saem tendem a ser mais jovens e menos qualificados. Os trabalhadores mais velhos e de melhor posição na empresa tendem a permanecer na mesma e, portanto faltam menos ao trabalho.

De acordo com os modelos apresentados, com ênfases completamente distintas, é justo pensar que há uma interação entre os fatores, sendo provável que um modelo mais completo deveria incorporar todas as variáveis em maior ou menor grau. Para efeito desse trabalho, adotaremos o modelo médico apontado acima para análise dos dados encontrados.

Ferreira (1986) define absenteísmo como a ausência habitual do emprego. O absenteísmo, absentismo ou ausentismo é uma expressão utilizada para designar a falta do empregado ao trabalho, isto é, a soma dos períodos em que os empregados de determinada organização se encontram ausentes do trabalho, não sendo a ausência motivada por desemprego, doença prolongada ou licença legal (CHIAVENATO, 1994).

Chiavenato (1985) considera como causas de absenteísmo: doenças efetivamente comprovadas, doenças não comprovadas; razões diversas de caráter familiar; atrasos

involuntários e faltas voluntárias por motivos diversos. Segundo o autor, não se deve incluir o acidente de trabalho entre as causas de absenteísmo, quando se pretende comparar esses índices.

Para a OIT (Organização Internacional do Trabalho, 1991), o absenteísmo é definido como a falta ao trabalho por parte de um empregado, ao passo que o absenteísmo por licença médica consiste no período de baixa laboral atribuído a uma incapacidade do indivíduo contabilizado desde o início e à margem de sua duração (OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 1991).

Outro aspecto a ser considerado é a tendência de se considerar o absenteísmo como indicador direto da morbidade de um grupo estudado. O absenteísmo é um fenômeno multicausal e deve ser analisado à luz da sua complexidade, contemplando fatores relativos à instituição e à classe de trabalhadores em seu ambiente e contexto organizacional e social.

2.2 ESTATÍSTICAS

Ao Serviço Médico da Instituição cabe a definição dos critérios para caracterização do absenteísmo, a necessidade da consulta médica, seu tempo de duração, diagnóstico, encaminhamento a outras instâncias, etc. Dessa forma o Serviço Médico é palco de conflitos, situando-se como anteparo entre o trabalhador com seus interesses e necessidades de atenção à saúde e a instituição com demandas de produtividade e de assiduidade ao trabalho. Os critérios de concessão e os protocolos utilizados para se conceder o atestado parecem influenciar no seu quantitativo. Silva e Marziale (2000) constataram que os atestados que dispensam a perícia médica (1 e 2 dias) corresponderam a 79% dos atestados emitidos. O Serviço médico tem se constituído também em uma válvula de escape a tensões variadas e ao médico tem sido atribuída uma função de fiscal que não lhe cabe. (VALTORTA, SIDI E BIANCHI, 1985).

O absenteísmo por doença, pode ser subdividido nos acidentes de trabalho e no adoecimento propriamente dito. Alves (1994) Encontrou uma proporção de 80% de licenças médicas e 20% para faltas, ausências compensadas e não compensadas financeiramente, respectivamente. .

A Convenção 161, adotada na 71^a Conferência Internacional do Trabalho, realizada em 1985 (ratificada pelo Brasil em 1990), que trata especificamente da regulamentação dos Serviços de Saúde no Trabalho evidenciam a importância de registrar as causas de absenteísmo, desde que os dados sejam utilizados exclusivamente para objetivos epidemiológicos. Vários índices são descritos e podem ser utilizados como indicadores. A International Commission on Occupational Health (ICOH) criou em 1960, uma série de “índices de absenteísmos por doença”, simplificados em 1978, prevalecendo até os dias de hoje (tabela 1):

Tabela 1: indicadores de absenteísmo e definições

Índice	Sigla	Forma de calcular
Índices de frequência (licenças médicas)	IFL	Números de início de licença por ano dividido pela população sob risco
Índice de duração (dias)	IDD	Número de dias de ausência por ano dividido pela população sob risco
Índice de prevalência momentânea	IPM	Número de trabalhadores ausentes em determinado dia dividido pela população trabalhadora referente ao mesmo dia
Índice de Frequência (trabalhadores)	IFT	Número de trabalhadores com uma ou mais licenças por ano dividido pela população sob risco.
Proporção de tempo perdido	PTP	Número de dias de trabalho perdidos em determinado período de tempo dividido pelo número programado de dias de trabalho no mesmo período multiplicado por 100

Várias outras nomenclaturas são usadas no estudo do absenteísmo, de acordo com o país e fazendo-se analogias com outros indicadores epidemiológicos. Assim, o IDD (índice de duração) também é conhecido como “taxa de incapacidade”. A relação entre a quantidade de dias pela quantidade de licenças, fornece a duração média de cada licença (taxa de gravidade ou taxa de severidade). O *índice de absenteísmo* (IA) para Alves (1994) é o percentual do número de homens/dia perdidos por ausência ao trabalho dividido pelo produto do efetivo médio de pessoal e o número de dias de trabalho no período.

$$IA. = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de homens/dia perdidos por ausência ao trabalho}}{\text{Efetivo médio} \times \text{n}^{\circ} \text{ de dias de trabalho/ano}} \times 100$$

Fazem-se necessários a aplicação de indicadores padronizados, tanto em sua nomenclatura, utilização e relevância, pois esta não padronização dificulta a comparação dos dados entre as instituições e o estabelecimento de parâmetros. (QUICK & LAPERTOSA, 1982).

Couto (1987) recomenda que as estatísticas de absenteísmo sejam apresentadas de forma mais palpável para que sua magnitude seja visualizada pelos administradores e tomadores de decisão. A repercussão de dizer que numa empresa de 650 empregados a percentagem de tempo perdido é de 2,2% é uma; se dissermos que isto equivale a mais de 14 empregados faltando ao trabalho durante todos os dias do mês, a repercussão é outra.

2.3 O ABSENTEÍSMO NA SAÚDE

O trabalho em saúde é considerado como fonte de vários fatores de risco, tanto que recebeu por parte do Ministério do Trabalho, tratamento específico, quando este promulgou a Norma Regulamentadora número 32 (NR-32) que trata das condições e necessidades dos trabalhadores em atividades de atenção à saúde.

Esta norma tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em estabelecimentos de assistência à saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Define também alguns critérios de monitoramento de riscos físicos, químicos e biológicos já estabelecidos tradicionalmente para a saúde.

Os riscos químicos a que estão sujeitos os trabalhadores da saúde compreende os solventes orgânicos e inorgânicos, os gases medicinais e drogas que devem ser manuseadas de acordo com critérios de proteção, como filtros HEPA e capelas de fluxo laminar.

Os riscos físicos típicos do ambiente hospitalar compreendem os equipamentos de radiodiagnóstico (Rx convencional, tomógrafos, ressonância magnética, medicina nuclear) que requerem ações específicas de radioproteção. Determinados ambientes hospitalares também estão sujeitos a riscos como o ruído e calor.

Os agentes biológicos a que estão sujeitos os trabalhadores da saúde estão classificados no anexo I da NR32:

- Grupo 1: os que apresentam baixa probabilidade de causar doenças ao homem;
- Grupo 2: os que podem causar doenças ao homem e constituir perigo aos trabalhadores, sendo diminuta a probabilidade de se propagar na coletividade e para as quais existem, geralmente, meios eficazes de profilaxia ou tratamento;
- Grupo 3: os que podem causar doenças graves ao homem e constituir um sério perigo aos trabalhadores, com risco de se propagarem na coletividade e existindo, geralmente, profilaxia e tratamento eficaz;
- Grupo 4: os que causam doenças graves ao homem e que constituem um sério perigo aos trabalhadores, com elevadas possibilidades de propagação na coletividade e, para as quais, não existem geralmente meios eficazes de profilaxia ou de tratamento.

Os riscos ergonômicos e psicossociais decorrem da organização e gestão do trabalho, como os decorrentes de manuseio do paciente, os movimentos repetitivos, a utilização de equipamentos, máquinas e mobiliários inadequados, trabalho em turnos e noturnos, monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, ausência de treinamento e orientação no trabalho e outros.

Os riscos mecânicos e de acidentes são aqueles ligados à proteção de máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes de trabalho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Vários autores estudando o absenteísmo na saúde constataram seus altos índices, comparados com outros segmentos produtivos, seja da área de produção seja da prestação de serviços.

Mesa e Kaempffer (2004) levantaram dados de absenteísmo de mais de 30 anos em quatro segmentos de trabalho no Chile: hospitais, minas, indústria automobilística e universidades e organizações de pesquisa. O setor hospitalar apresentou as mais altas taxas de absenteísmo entre todas estudadas. O IDD (Índice de duração-dias) ou taxa de incapacidade de 14,3 dias/funcionário/ano. O IFT (índice de frequência de trabalhadores) foi de 1,3 e a duração média das licenças de 10,6 dias (taxa de severidade). (Tabela 2)

Tabela 2: Comparação do absenteísmo entre várias categorias profissionais

Setor	População laboral	Número de Licenças	Dias de licença	IDD (Tx. de incapacidade)	Taxa de freqüência	Taxa de severidade
Hospitalar	6825	9190	97422	14,3	1,3	10,6
Mineiração	7.577	10.438	91647	12,0	1,3	8,7
Industrial	849	470	6070	7,1	0,6	12,9
Universitário	1981	1481	12234	6,2	0,7	8,2

Fonte: Mesa e Kaempffer (2004)

A tabela 3 apresenta alguns indicadores de absenteísmo apontados em estudos no Brasil e na América Latina (AL) na área hospitalar. Observa-se uma taxa de incapacidade (IDD) variando de 3,0 a 16,9 dias; o índice de absenteísmo variou de 1,23 a 6,82 e a média de duração das licenças (taxa de severidade) variou de 3,9 a 27,9 dias. É evidente os números bem superiores de absenteísmo da categoria de enfermagem dos hospitais públicos a partir da pesquisa realizada por Alves (1994) no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Tabela 3: taxas de absenteísmo do setor hospitalar de alguns estudos no Brasil e AL

Estudo	Seguimento	População laboral	Dias de licença	IDD (Tx. De incapacidade)	Índice de absenteísmo	Taxa de severidade
Alves (1994)	Enfermagem hosp. públicos	410	6914	16,9	6,82	27,9
Alves, (1994)	Enf. hosp. privados	792	2401	3,0	1,23	9,7
Godoy (2001)	Hospital púb.univ.	2119	8264	3,9	1,54	9,9
Reis (2003)	Enf. hosp. universitário	970	1364	5,4	2,14	3,9
Mesa & Kaempffer (2004)	Hospitais do Chile	6825	97422	14,3	5,62	10,6

Os hospitais de ensino também têm sido particularmente estudados, talvez em função de sua complexidade, tamanho e ambiente acadêmico. Os números confirmam a tendência de taxas altas de absenteísmo: ambiente complexo, multiplicidade de vínculos, equipe multidisciplinar e setores muito bem determinados. (GODOI, 2001; SILVA E MARZIALE, 2000; BITTENCOURT, 1993; LIM, 2002; KIVIMAKI, 2001).

Lim et al (2002) compararam o absenteísmo de trabalhadores em um Hospital de Ensino. As 142 profissões foram agrupadas em seis grandes tipos: médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde em contato direto com o paciente (farmacêuticos, psicólogos, pessoal

de enfermagem, etc.), pessoal de laboratório e apoio propedêutico, pessoal de escritório e trabalhadores manuais (motoristas, mecânicos, pedreiros, etc.). Considerável diferença no absenteísmo de curta duração foi encontrada entre os diversos tipos: a taxa entre os médicos foi quase nove vezes menor que entre o pessoal de laboratório: 34 episódios para cada 100 trabalhadores-ano contra mais de 300 episódios para cada 100 trabalhadores-ano. Embora as enfermeiras tivessem taxa quase quatro vezes maior que os médicos, o número ainda foi considerado pequeno comparado com outras categorias. O absenteísmo de longa duração apresentou uma variação menor entre os diversos tipos. Os médicos novamente tiveram as menores taxas (menos que 7 episódios por 100 trabalhadores-ano, enquanto trabalhadores manuais e outros profissionais de saúde apresentaram taxas quatro vezes maiores e significativamente maior que os outros grupos. (tabela 4)

Tabela 4: absenteísmo entre trabalhadores de um hospital de ensino, por tipo e duração

Tipo	Curta-duração (1 a 3 d)	Longa-duração (> 3d.)	Média de dias perdidos
	Taxa de episódios/100 Trabalhadores-ano	Taxa de episódios/100 Trabalhadores-ano	Trabalhadores-ano
	IC 95%	IC 95%	
Médicos	34,2 (29,4-40,0)	6,6 (4,4-9,4)	1,0
Enfermeiros	135,2 (130,4-140,2)	19,8 (18,0-21,7)	2,9
Outros profissionais de saúde	264,9 (252,6 -277,6)	26,9 (23,1-31,2)	4,5
Apoio propedêutico	312,1 (296,6 – 328,3)	12,6 (9,7-16,2)	4,4
Pessoal de escritório	229,5 (219,0 -240,3)	17,4(14,6-20,6)	3,6
Trabalhadores braçais	259,6 (250,9-268,5)	28,3 (25,5-31,4)	4,6

2.4 PRESENTEÍSMO

O termo presenteísmo foi criado para descrever a relação entre a enfermidade e perda de produtividade, conseqüência do trabalho excessivo e o sentimento de insegurança no trabalho, resultado dos reajustes e reestruturações da década de 1990 (altas taxas de desemprego, reestruturação nos setores públicos e privados, diminuição no tamanho da organização, redução do número de empregados no setor público e aumento do número de pessoas com contratos temporários e redução dos benefícios na empresa e governamentais). (FLORES-SANDI, 2006).

Implica em duas condutas diferentes do trabalhador, por um lado significa cumprir jornadas extensas de trabalho como uma expressão perversa de compromisso ou uma forma de abortar a contínua insegurança no trabalho. Por outro lado, descreve também os empregados que vão trabalhar enfermos ou lesionados, embora com suas condições físicas, não sejam produtivos.

As razões citadas para explicar o fenômeno do presenteísmo, são a cultura organizacional, o interesse por demonstrar compromisso com a organização, o temor de perder o emprego e a crença que assim irão progredir mais rápido. Este grupo de profissionais muitas vezes aumenta o risco de acidentes no trabalho e requer estratégias preventivas por parte da gerência (FLORES SANDI, 2006).

O presenteísmo é um fenômeno presente na vida dos trabalhadores dos mais diversos locais, mas a maneira como ele é interpretado e os fatores que o influenciam são bem distintos. Ele é dependente de aspectos econômicos e sociais e deve ser estudado em conjunto com o absenteísmo e necessita entrar na pauta nas modernas discussões teóricas sobre o ambiente de trabalho (DEW, 2005).

Goetzel *et al.* (2004) constataram que o custo do presenteísmo se apresentou mais significativo que custos com medicamentos na maioria das condições de agravo à saúde estudadas, representando de 18 a 60% do total de custos para as 10 condições de saúde mais onerosas para os Estados Unidos.

Aronsson *et al.* (2000) em estudo empírico investigatório do presenteísmo e sua relação com a ocupação, necessidades, adoecimento, absenteísmo, desempenho pessoal e demissões, realizado na Suécia em 1997, constatou que um terço das pessoas relataram terem ido trabalhar no último ano mesmo se sentido doente. O maior índice de presenteísmo é disparado nas áreas da saúde e educação (*enfermeiros* e pessoal técnico de enfermagem, professores e demais educadores). Estes setores passaram por muitos cortes de orçamento na década de 1990. O risco de presenteísmo nesse grupo é de 2,29 (IC95% 1,79-2,93). As maiores queixas entre os que apresentaram presenteísmo se referem a lombalgias e dores cervicais, sensação de fadiga e estados depressivos menores. Os Grupos ocupacionais que apresentaram alto índice de presenteísmo também são os que apresentaram maiores taxas de absenteísmo. ($p < 0,01$) e a hipótese da correlação entre baixos salários e presenteísmo foi confirmada ($p <$

0,01). Por fim a combinação mais comum encontrada foi baixa produtividade, altos níveis de presenteísmo e altos níveis de absenteísmo. O presenteísmo também é alto quando se tem dificuldade de encontrar um substituto e pela dificuldade de delegação.

2.5 FATORES ORGANIZACIONAIS

Os estudos sobre absenteísmo têm constatado a multiplicidade de fatores que interferem nas taxas de absenteísmo, seja no sentido de facilitar seu aparecimento ou dificultá-lo.

A tabela 5 apresenta alguns fatores organizacionais estudados recentemente e suas implicações no perfil de adoecimento e absenteísmo dos trabalhadores. Os aspectos enfatizados dizem respeito à natureza da organização, as condições de risco, a organização do trabalho e elementos de natureza relacional dentro e fora da empresa.

A natureza da instituição apresentou impacto nas taxas de absenteísmo. Assim os hospitais públicos têm taxa maior que os hospitais privados. (ALVES, 1994; FEDERIGHI, 2002). Similarmente a estabilidade no emprego favorece o incremento das taxas (GODIM E KITTEL, 2004; REIS *et al.*, 2003; VIRTANEN *et al.* 2001). O objeto de trabalho também favorece. Assim trabalhar em unidades de internação aumenta o absenteísmo comparado com outros postos de trabalho (GODOY, 2001; SILVA E MARZIALE, 2003; SILVA E MARZIALE, 2000). Serxner *et al.* (2001) observaram que o comportamento de risco no ambiente laboral na área da saúde também favorece o absenteísmo.

A natureza das relações pessoais e hierárquicas dentro da organização vai também refletir nas taxas de absenteísmo: A relação do trabalhador com seu ambiente familiar e como a chefia administra essa problemática (ISOSAKI, 2003); a exigência de assiduidade e baixa capacidade de flexibilidade no ritmo do trabalho, em mulheres (JOHANSSON E LUNDBERG, 2004). O clima organizacional, limitações na carreira, qualidade do trabalho em equipe e constrangimentos pessoais irão também refletir nas ausências ao trabalho. (PIIRAINEN e cols, 2003; KIVIMAKI *et al.*, 2001; SERXNER *et al.*, 2001; KIVIMAKI, 2000; WOO *et al.*, 1999).

Kivimaki *et al.* (2001) em seguimento com grupo de médicos e grupo controle por dois anos, constatou que o trabalho em equipe teve o mais forte impacto no absenteísmo nos médicos, mas não no grupo controle. Médicos que trabalhavam em equipes mal estruturadas tiveram mais chances de terem absenteísmo de longa duração que médicos que trabalhavam em equipes fortes. [OR=1,8 (IC95% 1,3-3,0)]. A relação com sobrecarga de trabalho, altas responsabilidades, pouco controle sobre o trabalho, fatores extra-ambientes de trabalho tiveram correlação menor com indicadores de saúde, inclusive com o absenteísmo.

Tabela 5: Fatores organizacionais e sua influência no absenteísmo

Estudo	Resultados
Federighi (2002); Alves (1994)	↑ Absenteísmo: Hospitais públicos
Godin e Kittel (2004) e Reis <i>et al.</i> (2003). Virtanen <i>et al.</i> (2001)	↑ Absenteísmo: Estabilidade no emprego
Godoy (2001) Silva e Marziale (2003) Silva e Marziale (2000)	↑ Absenteísmo: Unidades de internação (pediatria, Pronto Atendimento e outras).
Isosaki (2003)	↑ Absenteísmo: Problemas pessoais, familiares e ambientais e papel das chefias no controle das ausências.
Johansson e Lundberg (2004)	↑↑ Absenteísmo: Exigência de assiduidade (em homens e mulheres); ↑ Absenteísmo: Baixa capacidade de ajustamento no processo de trabalho (em mulheres)
Piirainen <i>et al.</i> (2003)	Percepção de um clima tenso: ⇔ ↑ Absenteísmo: OR = 1,6 (IC95% 1,2-2,0) Sintomas psicológicos: OR de 3,0 (IC95% 2,4-3,7) Sintomas musculoesqueléticos: OR de 4,3 (IC95% 3,3-5,6)
Kivimaki <i>et al.</i> (2001)	↑ Absenteísmo (longa duração): Médicos que trabalham em equipes mal estruturadas OR =1,8 (IC95% 1,3-3,0)
Serxner <i>et al.</i> (2001)	↑ Absenteísmo: Comportamento de risco na área da saúde
Kivimaki <i>et al.</i> (2000)	Absenteísmo ↑: Vítimas de assédio no trabalho OR=1,5 (IC95% 1,3-1,7).
Woo <i>et al.</i> (1999)	Absenteísmo ↑ (curta duração): Sobrecarga no trabalho, tensão organizacional, limitação na carreira e constrangimentos pessoais.

2.5.1 O RISCO PSICOSSOCIAL

O estresse no tem se convertido numa das principais causas de afastamento no trabalho no mundo inteiro. A aparição desse fenômeno pode ser atribuída às exigências da organização do trabalho. Nos Estados Unidos em pesquisa realizada nos anos 90 constatou-se que 40% dos entrevistados queixavam-se de uma carga de trabalho excessiva e afirmavam que ao final do trabalho encontravam-se “esgotados” e emocionalmente exaustos (GALINSKY, 1993).

O conhecimento dos indicadores de condições psicossociais do trabalho tem proporcionado a melhoria dessa condições com impacto nas condições de saúde e bem-estar dos trabalhadores e com queda no absenteísmo (ANDERZEN & ARNETZ, 2005).

As repercussões desse fenômeno do ponto de vista da perda de produtividade, absenteísmo, perda da qualidade de vida do trabalhador e adoecimento é sem dúvida enorme e muitas vezes difícil de ser mensurado, pois muitas vezes trata-se de um risco não reconhecido ou declarado.

Nos últimos anos, alguns modelos têm surgido para sistematizar e permitir análise e intervenção nessas situações de trabalho que podem levar ao estresse. Entre os modelos mais utilizados podemos citar: o Modelo de Demanda e Controle do Trabalho, o Modelo de Ajuste de Indivíduo-ambiente e outros (GALINSKY, 1993).

O Modelo de Demanda e Controle desenvolvido por Karazek (2000) tem encontrado adeptos no mundo e vários estudos estão sendo realizados para testar o modelo e suas implicações em diversos fatores, inclusive nas taxas de absenteísmo. (BAUMANN, 2006; MICHIE, 2004; ALA-MURSULA, 2002; DE LANGE, 2002).

De acordo com o modelo, um ótimo ambiente psicossocial para os trabalhadores é caracterizado por demandas que são adaptadas às capacidades individuais (demandas psicológicas), um satisfatório nível de influência (latitude de decisão), adequado suporte social dos superiores e dos colegas, um equilíbrio entre o esforço dispendido no trabalho e as

recompensas recebidas, a preditibilidade do trabalho, significado do trabalho e interação com os clientes (LAVOIE-TREMBLAY *et al*, 2004).

O modelo se baseia nas características psicossociais do trabalho: as demandas psicológicas que este estabelece e uma certa combinação dos controle das tarefas e o uso das capacidades (a chamada *latitude de tomada de decisão*). Prediz em primeiro lugar o risco de enfermidade relacionado com o estresse, e depois os correlatos de comportamento ativo/passivo dos postos de trabalho.

A primeira hipótese é que as reações de tensão psicológicas mais negativas (fadiga, ansiedade, depressão e enfermidades físicas) se produzem quando as exigências psicológicas do posto de trabalho são grandes e, além disso, há uma escassa amplitude de tomada de decisão do trabalhador. Estabelece-se a denominada “tensão psicológica”.

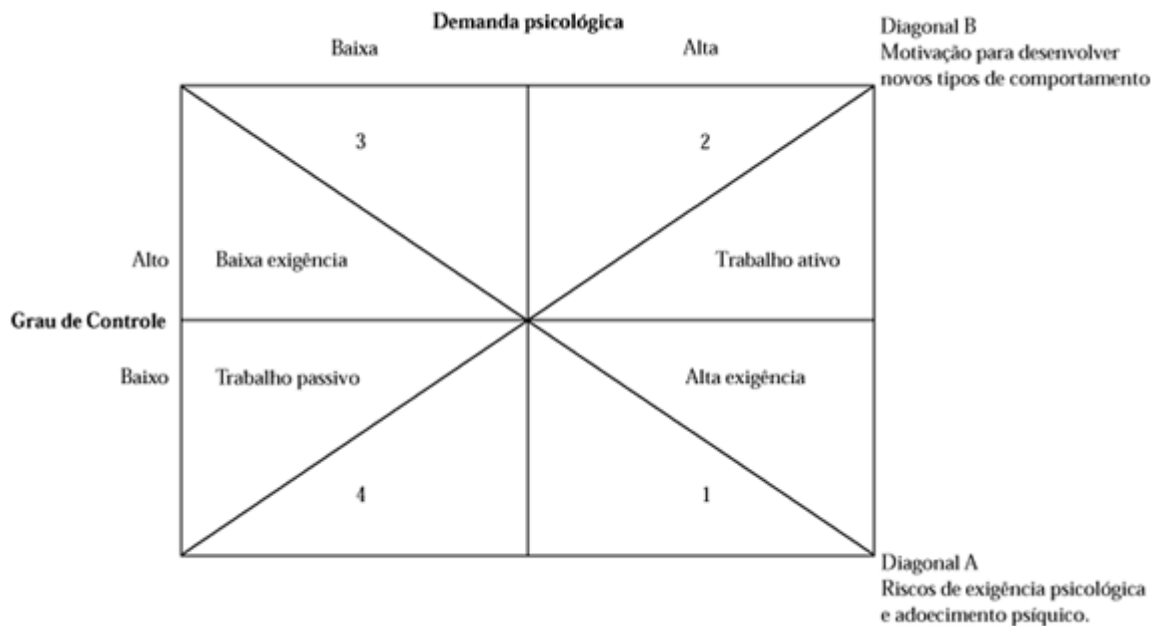
Não é só a liberdade de ação a respeito da maneira de realizar a tarefa formal que libera a tensão; pode ser também a liberdade para participar de “rituais” informais; a pausa para o café, para fumar, para “perambular” um pouco, atua também como mecanismos complementares de liberação da tensão durante a jornada de trabalho.

O modelo de controle ou “amplitude da tomada de decisão” se entende como a capacidade do trabalhador para controlar suas atividades e a utilização de suas capacidades e não para controlar outras pessoas. A escala desta atitude tem dois componentes: *a autoridade sobre as tarefas* – controle socialmente pre-determinado sobre os aspectos pormenorizados do cumprimento das tarefas (chamada autonomia) – *a discricionariedade das capacidades* - o controle sobre o emprego das capacidades por parte do indivíduo, também determinado socialmente no trabalho. Nas hierarquias organizativas modernas, os níveis mais altos de conhecimento legitimam o exercício dos níveis mais altos de autoridade, e os trabalhadores que têm tarefas de alcance limitado ou especializado são coordenados por trabalhadores que gozam de níveis de autoridades mais altos. A discricionariedade das capacidades e das autoridades sobre as decisões estão tão estreitamente relacionadas que muitas vezes se combinam.

Entre os exemplos de exigência psicológica de trabalho, relativo ao “quanto se trabalha” figuram as imposições de prazo, a ativação ou estimulação mental necessária para realizar a tarefa e as tarefas de coordenação. Não se incluem as demandas físicas de trabalho. Outro componente das exigências psicológicas de trabalho são estressores que se derivam dos conflitos pessoais. Pode influenciar, evidentemente, o temor de perder o emprego e a não utilização plena das capacidades (KRISTENSEN, 1995).

Resumidamente o modelo afirma que, os postos de trabalho com grandes exigências e escassos controles – e também com escasso apoio social – são os que maior risco de enfermidade apresentam (figura 1)

Figura 1: Modelo Demanda-Controle



A tabela 6 apresenta estudos de validação do modelo e suas influências na vida organizacional e suas implicações no absenteísmo. Observa-se que, em geral, o baixo controle sobre o trabalho e falta do suporte social se relacionam diretamente com o aumento do absenteísmo. (GODIN E KITTEL, 2004; MICHIE *et al.*, 2004; BAUMANN *et al.*, 2006; VON THIELE *et al.*, 2006). Nos estudos em que se tentou interferir nas variáveis em questão, ou seja, o aumento do controle sobre o trabalho e a diminuição das tensões psicológicas, verifica-se que os resultados ainda não são claros quanto à consistência das mudanças e seu impacto no absenteísmo, principalmente quando se observam os resultados a médio e longo prazo. (MICHIE *et al.*, 2004; VON THIELE *et al.*, 2006). Também se observam variações nos resultados quando se observa o tempo de afastamento por motivo de doença, fazendo que o impacto das mudanças seja mais efetivo no absenteísmo de longo prazo. (BAUMANN *et al.*, 2006).

Tabela 6: Modelo Demanda-Controlle e suas aplicações no estudo do absenteísmo.

Estudo	Resultados
Godin e Kittel (2004),	Absenteísmo ↑: ↓ Controle do processo de trabalho, ↓ suporte social, ↑ comprometimento e ↑ desequilíbrio esforço-recompensa.
Michie <i>et al</i> (2004)	↑ Controle sobre o trabalho e ↑ suporte social: ↓ ↓ Absenteísmo após seis meses (OR = 2,3) Após 12 meses: volta níveis normais.
Baumann et al. (2006)	↓ Absenteísmo: ↑ Controle sobre o trabalho OR = 1,23 (IC95% 1,03 - 1,46) ↓ Demanda de produção: OR 1,17 (IC95% 1,01 - 1,36) Obs.: não houve impacto no absenteísmo de curta duração. (menor que 7 dias).
Von Thiele <i>et al.</i> (2006)	↓ Absenteísmo: ↑ Suporte social, ↑ autonomia no trabalho e melhoria das condições físicas de trabalho.

Duijts *et al* (2006), tentando identificar os fatores preditores de absenteísmo no trabalho por fatores psicossociais, desenvolveram um instrumento conciso para identificação de trabalhadores com risco de absenteísmo por doença devido a fatores psicossociais. O ponto de corte de 10 no instrumento mostrou uma sensibilidade de 41,7% para mulheres e 38,9% para homens e uma especificidade de 91,3% e 90,6% respectivamente.

2.6 ABSENTEÍSMO E PERFIL DE MORBIDADE

O perfil de morbidade estabelecido a partir do diagnóstico atribuído por ocasião da concessão da licença tem fundamental importância na avaliação das condições de trabalho e das conseqüências no adoecimento dos trabalhadores. Os diversos estudos sobre absenteísmo têm avaliado essa variável e os resultados de uma forma geral são semelhantes, (Tabela 7). As nosologias mais frequentes na área da saúde são as respiratórias e do sistema osteomuscular.

Tabela 7: Diagnósticos mais comuns do absenteísmo na saúde.

Estudo	Situação	Resultados
Vargas <i>et al.</i> (1992)	Enfermagem do Serviço de Cirurgia do hospital San Juan de Dios, Santiago – Chile.	Traumatológicas (32,8%), psiquiátricas (25,1%) e maternas (22,8%).
Wright (1997)	Hospital de ensino do Sistema Nacional de Saúde Americano,	Doenças músculo-esqueléticas e lombalgias (30% dos dias perdidos). E doenças mentais (25%)
Godoy (2001)	Hospital público e universitário	Aparelho respiratório (21,7%), doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (16,7%), doenças do aparelho digestivo (9,6%) e transtornos mentais e do comportamento (9,4%).
Isosaki (2003)	SND Hospitalar	Moléstias do sistema osteomuscular.
Reis (2003)	Hospital público e universitário	Aparelho respiratório (17,6%), Doenças osteomusculares (14,0%)
Silva e Marziale (2003)	Enfermagem de um hospital universitário	Doenças do aparelho respiratório, geniturinário, órgãos dos sentidos, digestivo e osteomuscular.
Mesa e Kaempffer (2004)	Hospitais do Chile,	Aparelho respiratório, osteomuscular, digestivas, transtornos mentais e traumatismos.
Silveira Monteiro (2004),	e Hospital psiquiátrico	Doenças musculoesqueléticas (19%), mentais (15,5%) e cardiovasculares (13,5 %).
Guimarães (2005)	Servidores civis do Hospital Geral de Brasília	61,8% doenças do aparelho respiratório: afastamentos até três dias; doenças do sistema osteomuscular: ausências de longa duração.

A Síndrome de Burnout é vista como estado de exaustão física e emocional e o resultado de estresse ou frustração prolongada. Foi inicialmente diagnosticada nos anos 70 e vem sendo

encontrada em larga variedade de profissionais de saúde. O Burnout leva a transtornos físicos e mentais e também ao abuso de drogas. Os profissionais de risco incluem médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentistas, cuidadores, membros dos serviços de emergência, de saúde mental, fonoaudiólogos, entre outros. (FELTON, 1998)

Borritz *et al.* (2006) apresentam instrumento de avaliação e mensuração de burnout entre trabalhadores de diversos segmentos. Foram estudados os determinantes e suas conseqüências e os impactos das intervenções nos postos de trabalho. Cuidadores domiciliares e de parturientes atingiram os mais altos níveis de burnout. A taxa de absenteísmo variou de 13,9 para 6,0 dias entre o mais alto e o mais baixo quartil de burnout. A variação de um desvio padrão na escala de avaliação de burnout significou aumento de 21% no absenteísmo e (OR=1.21, IC95% 1,11-1,32) após ajustamento de gênero, idade, organização, condição sócio-econômica, estado civil, filhos menores e comorbidades. Mudanças individuais na condição de burnout levaram ao aumento das taxas de absenteísmo de curto e de longo prazo.

2.7 ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Vários estudos avaliaram as condições pessoais ou de natureza sócio-demográficas com influência no Absenteísmo. A tabela 8 apresenta as variáveis estudadas que, quando isoladas estatisticamente, parecem influenciar no perfil de adoecimento e nas decisões de ausência e presença no trabalho. Assim foram encontradas variações positivas nas profissões de nível elementar como auxiliar de serviços gerais, técnico de nutrição e dietética, auxiliar de cozinha e também entre os auxiliares e técnicos de enfermagem. (GODOY, 2001).

Outros aspectos que influenciaram no absenteísmo foram: baixa escolaridade (GUIMARÃES, 2005; RAMADAM, 2003; GODIM & KITTEL, 2004; LIM, 2002); idade avançada (SILVEIRA & MONTEIRO, 2004; GODIM & KITTEL, 2004; LIM, 2002); estado civil casado (LIM, 2002; RAMADAM, 2003) e sexo feminino (GODOY, 2001; ISOSAKI, 2003; GODIN & KITTEL, 2004; JOHANSSON & LUNDBERG, 2004).

A categoria de enfermagem tem sido bastante estudada e os índices de absenteísmo são elevados considerando-a isoladamente ou quando comparados com outras categorias (REIS *et al.*, 2003; SILVA E MARZIALE, 2003; BARBOZA E SOLER, 2003; SILVA E MARZIALE,

2000; GODOY, 2001; TRINKOFF *et al*, 2001; ALVES, 1994; SIQUEIRA, 1984). Por sua vez, entre os médicos tem sido observada uma tendência a baixo absenteísmo e altos índices de presenteísmo. (MCKEVITT, 1997; LIM, 2002; KIVIMAKI *et al.*, 2001).

Ala-Mursula (2002) identificou que o absenteísmo está aumentado quando associado com hábito de fumar, obesidade e sedentarismo. A jornada de trabalho e presença de crianças em casa também influenciaram nas taxas de absenteísmo (ISOSAKI, 2003).

Tabela 8: aspectos sócio-demográficos e suas implicações no absenteísmo.

Estudo	Resultados
Silveira & Monteiro, (2004); Godim & Kittel (2004); Lim. (2002)	↑Absenteísmo: Avançar da idade
Godoy, 2001; Isosaki, 2003; Godin & Kittel, 2004; Johansson & Lundberg, 2004).	↑Absenteísmo: Sexo feminino
Lim, 2002; Ramadam, 2003	↑Absenteísmo: Estado civil casado
Ala-Mursula (2002), Guimarães (2005). (Ramadam, 2003, Godim & Kittel, 2004, Lim, 2002).	↑Absenteísmo: Baixa escolaridade
(Alves (1994); Reis (2003); Silva E Marziale (2003); Barboza E Soler (2003); Silva E Marziale (2000); Trinkoff <i>et al.</i>). (2001) Siqueira (1984)	↑Absenteísmo: Categoria de enfermagem
(McKEVITT, 1997; LIM, 2002). Kivimaki <i>et al.</i> (2001)	Na Categoria médica a tendência é de baixo absenteísmo e alto presenteísmo.
Lim <i>et al.</i> (2002)	↓Absenteísmo: Médicos e enfermeiros. (curta duração). Médicos (longa duração) ↑Absenteísmo: Trabalhadores braçais
Godoy, (2001);	↑Absenteísmo: Nível elementar: auxiliar de serviços gerais, técnico em nutrição e dietética, auxiliar de cozinha e também entre os auxiliares e técnicos de enfermagem.
Ala-Mursula (2002)	↑Absenteísmo: hábito de fumar, obesidade, sedentarismo.
Isosaki (2003)	↑Absenteísmo: ↑ Tempo de trabalho e responsabilidade com crianças

2.8 MEDIDAS PREVENTIVAS

Com o reconhecimento da importância de se cuidar do absenteísmo enquanto medida sintomática da condição de saúde e do desempenho dos trabalhadores e da organização do trabalho, novas medidas têm sido propostas e implementadas naqueles que seriam os fatores que influenciam no absenteísmo. A tabela 9 apresenta algumas experiências e seus resultados nos últimos anos. Os resultados são promissores. McCluskey *et al* (2006), Lavoie-Tremblay *et al* (2005) e Arnetz (2003) apresentam iniciativas onde a atuação proativa com trabalhadores resultou em melhoria do clima, redução do tempo de afastamento e diminuição da incidência de novos afastamentos.

Tabela 9: Medidas preventivas de absenteísmo.

Estudo	Situação	Resultados
McCluskey <i>et al.</i> (2006).	Contato precoce, identificação dos obstáculos psicossociais, modificação temporária do ambiente de trabalho e comunicação com os colegas em trabalhadores afastados de empresas inglesas a partir do treinamento de enfermeiras do trabalho.	↓ Absenteísmo comparados ao grupo controle onde nenhuma intervenção foi feita. (6,5 e 10,8 dias).
Lavoie-Tremblay <i>et al</i> (2005)	Em uma organização de cuidados de longo prazo, introduziram mudanças no sentido de diminuir as condições estressantes da organização identificadas previamente pela própria equipe. Os resultados foram avaliados a partir de questionários de avaliação do conteúdo do trabalho, equilíbrio esforço-recompensa e índices de sintomas psiquiátricos.	↑ Percepção do reconhecimento no trabalho e ↓ absenteísmo: de 8,26% para 1,86% permanecendo o mesmo no restante da instituição. (p<0,01)
Arnetz (2003)	Intervenção proativa no gerenciamento do risco e orientações ergonômicas e um grupo controle com a conduta habitual.	Completa reabilitação em maior proporção. (84% contra 27% do grupo controle). O retorno ao trabalho foi mais rápido que no grupo controle OR=2,5 (IC95% 1,2-5,1).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer o perfil de adoecimento e de afastamento dos trabalhadores de uma instituição hospitalar, em seus aspectos epidemiológicos e ocupacionais num período de cinco anos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Rever a literatura nacional e internacional sobre absenteísmo, notadamente na área da saúde dos trabalhadores do setor hospitalar, para melhor capacitação na análise e discussão dos resultados encontrados.
- Descrever e analisar o perfil dos trabalhadores e do absenteísmo de uma instituição hospitalar.
- Calcular indicadores relativos ao absenteísmo, tais como, índices de frequência de licenças médicas, índice de duração, índice de frequência de trabalhadores e proporção de tempo perdido e o índice de absenteísmo, analisados globalmente e discriminados por cargo, setor de trabalho, categoria profissional e outros aspectos organizacionais.
- Descrever e analisar o perfil de morbidade dos trabalhadores dessa mesma instituição

4 METODOLOGIA

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, criado em 1928, a partir do agrupamento de clínicas que se aglutinaram em volta da Faculdade de Medicina da UFMG. Permaneceu vinculado diretamente a esta faculdade até 1976, quando passou a ser órgão suplementar da Universidade Federal de Minas Gerais. Ganhou então um regulamento e uma direção própria (Conselho Administrativo e uma equipe diretora). “.. tem como missão desenvolver com eficácia, eficiência e de forma equilibrada e indissociável o ensino, a assistência e a pesquisa”.

O Complexo Hospitalar funciona em área de mais de 50 mil metros quadrados, com mais de 460 leitos, 250 consultórios, 23 salas de cirurgia entre outros recursos. Realiza mais de 1500 internações/mês, 25.000 consultas médicas e 5.000 atendimentos de urgência. É referência do sistema para procedimentos de alta complexidade nas mais diversas especialidades. Para isso conta com uma força de trabalho composta de mais de 3.500 funcionários entre estatutários (1950), celetistas (530), autônomos (700), além 300 médicos residentes e 50 voluntários. É também campo privilegiado de ensino com mais de 2.000 alunos nos diversos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde.

O Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Minas Gerais (SAST/UFMG), constituído originariamente em 1997 com o nome de USO (Unidade de Saúde Ocupacional) e atendendo somente os trabalhadores do Hospital surgiu como produto de uma conjugação de forças a partir de um movimento crescente envolvendo vários segmentos da Universidade (REIS, 2001).

Atualmente o Núcleo Saúde do SAST/UFMG atende os trabalhadores do Campus Saúde (Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem), realizando exames médicos relativos ao trabalho, atendimento de intercorrências clínicas, exames periciais e avaliação do posto de trabalho do ponto de vista de risco ocupacional, principalmente para subsidiar processos de pagamento de insalubridade.

É importante destacar a multiplicidade de vínculos dos trabalhadores do Hospital, resultando em diferentes critérios de atendimento e tratamento por parte da Universidade e conseqüentemente do SAST. Sob o regime estatutário, encontram-se os trabalhadores técnico-administrativos e professores. Entre os celetistas, o contingente maior está contratado pela FUNDEP (Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa), com inserção expressiva dentro do Hospital e com trabalhadores com mais de 20 anos de tempo de serviço. Até recentemente essa categoria realizava seus exames médicos periódicos, de admissão e demissão no SAST. Em meados de 2006, esse contrato foi suspenso, porém mantido o serviço de atendimento às intercorrências clínicas e controle de licenças médicas.

Todas as licenças e afastamentos por motivo de saúde próprio ou de familiares que impliquem em absenteísmo são de responsabilidade do SAST, tanto dos trabalhadores estatutários e celetistas (FUNDEP). As licenças médicas devem ser emitidas pelo profissional médico do SAST baseado em sua consulta. Esta prerrogativa muitas vezes gera questionamentos e conflitos entre o trabalhador e profissional, porém está amparada em instrumento legal.

Todos os atendimentos são devidamente anotados em prontuário e posteriormente digitados, gerando um banco de dados com várias informações relativas à história clínica do paciente/trabalhador (diagnóstico do afastamento, motivo da consulta), hábitos de saúde, características sócio-demográficas e relativas ao posto de trabalho. É possível também o cruzamento dessas informações com aquelas relativas à atividade funcional do trabalhador, registrado pela Unidade Funcional de Recursos Humanos, como tempo de serviço, carga horária semanal, horário de trabalho, etc..

A base de dados está tabulada no programa estatístico SPSS (registro dos atendimentos) e a base de dados da UF recursos humanos está registrada no banco de dados ACESS.

Serão realizados estudos estatísticos nessa base de dados, identificando-se as correlações estatisticamente significativas dentre as variáveis.

As variáveis estudadas serão:

Relativas ao servidor: indexação (preservando-se a identidade do servidor), idade, sexo, estado civil, escolaridade, vínculo empregatício, jornada de trabalho, tempo de admissão, cargo, setor de trabalho; desligamento (sim ou não) e motivo desligamento.

Relativos à morbidade: motivo da consulta (ICPC2- Classificação Internacional de Cuidados Primários), diagnóstico à consulta (CID10–Classificação Internacional de Doenças), afastamento (sim ou não) e tempo de afastamento.

Relativos à organização: número de trabalhadores distribuídos por local de trabalho e cargo com data de entrada e saída se for o caso.

Serão levantados os seguintes indicadores relativos ao absenteísmo na instituição no período de 2001 a 2005: **IFL** (índice de frequência de licenças), **IDD** (Índice de duração–dias), **IFT** (Índice de frequência de trabalhadores), **PTP** (Potencial de tempo perdido–dias) e o **IA** (índice de absenteísmo).

Serão apuradas as distribuições de frequência das variáveis contínuas, bem como as medidas de tendência central, como média, mediana, moda, variâncias e desvio padrão. Será observada a correlação entre as variáveis sócio-demográficas e de organização com as taxas de absenteísmo levantadas. As associações entre os fatores considerados e os números do absenteísmo serão estabelecidas a partir da determinação do risco relativo (teste do qui-quadrado e coeficiente de correlação de Pearson, com intervalo de confiança de 95%).

Quanto à revisão de literatura, procedeu-se inicialmente uma pesquisa usando-se o descritor “absenteísmo” na base de dados LILACS, BIREME E BIOLOGICAL ABSTRACTS. Também foram pesquisados livros textos, teses e dissertações sobre o tema, e outras fontes clássicas na literatura de saúde do trabalhador.

Este projeto, após aprovação em banca de qualificação no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG, será submetido ao Departamento de Medicina Preventiva e Social e posteriormente ao COEP/UFMG (Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais).

Como produto esperado desse projeto serão elaborados dois artigos como requisitos à titulação frente ao Programa de Pós-Graduação:

Primeiro artigo/ Revisão de Literatura: “*Absenteísmo: indicador de saúde para a empresa e para o trabalhador*”.

Segundo Artigo: resultado da pesquisa de campo: “Absenteísmo em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária”

5 VIABILIDADE E CUSTOS

O projeto se torna viável, uma vez que o banco de dados já existe e é alimentado sistematicamente. O proponente atua tanto na administração quanto na atenção à saúde desses trabalhadores facilitando essa interface, agilizando os trabalhos e minimizando os custos do trabalho. O mesmo já foi aprovado pela coordenação do SAST considerando possível as análises propostas.

Não estão previstos custos extras para esse trabalho.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ala-Mursula L; Vahtera J; Kivimäki M; Kevin MV; Pentti J. Employee control over working times: associations with subjective health and sickness absences. *J Epidemiol Community Health*. 56 (4):272-8, 2002.
2. Allebeck P; Mastekaasa A. Chapter 5. Risk factors for sick leave - general studies. *Scandinavian Journal Of Public Health*. 32(49):108, 2004.
3. Alves M. O absenteísmo do pessoal de enfermagem nos hospitais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre: 15(1-2): 71-75, 1994.
4. Anderzen I; Arnetz BB. The impact of a prospective survey-based workplace intervention program on employee health, biologic stress markers, and organizational productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 47(7): 671-682. 2005.
5. Araújo TM; Graça CC; Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controlle. *Ciência e Saúde Coletiva*. 8(4): 991-1003, 2003.
6. Arnetz BB; Sjogren B; Rydehn B; Meisel R. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: A prospective controlled intervention study. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*. 45(5):499-506. 2003.
7. Aronsson G, Gustafsson K; Dallner, M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 54 7 502-509. 2000.
8. Barboza DB; Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 11(2):177-183. 2003.
9. Baumann AO; Blythe JM. Underwood JM Surge capacity and casualization: Human resource issues in the post-SARS health system. *Can J Public Health*. 97(3): 230-2. 2006.
10. Bittencourt CM. Doenças do trabalho e o exercício de enfermagem. Salvador sn 96 p. 1993.
11. Borritz M; Rugulies R; Bjorner JB; Villadsen E; Mikkelsen AO; Kristensen, TS. Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal Of Public Health* 34(1):49-58, 2006.

12. Chiavenato I. *Recursos humanos na empresa*. 3º ed..Editora Atlas.139 p.São Paulo, 1994.
13. Chiavenato I. *Recursos humanos*. Atlas. São Paulo.1985
14. Couto, HA. *Temas de saúde ocupacional*. Coletâneas de cadernos ERGO. Belo Horizonte. ERGO.432 p.1987.
15. De Lange AH; Taris TW; Kompier; MAJ Houtman; ILD Bongers, PM. Effects of stable and changing demand-control histories on worker health *Scandinavian Journal Of Work Environment & Health* 28(2): 94-108,2002.
16. Dew K; Keefe V; Small K. Choosing' to work when sick: workplace presenteeism. *Soc Sci Med*.60(10):2273-82, 2005.
17. Duijts SFA; Kant I; Landeweerd JA e Swaen, GMH. Prediction of sickness absence: development of a screening instrument. *Occupational And Environmental Medicine*. 63(8):564-569, 2006.
18. Federighi WJP. Absenteísmo em hospitais. *Mundo saúde*. 26(2):283-294, 2002
19. Felton JS. Burnout as a clinical entity - its importance in health care workers. *Occupational Medicine-Oxford*. 48(4):237-250, 1998.
20. Ferreira ABH. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. 1838 p.1986.
21. Flores Sandí G. Presentismo: potencialidad en accidentes de salud. *Acta méd. Costarric*. 48(1):30-34, 2006.
22. Galinsky E; Bond JT; Friedman DE. Highlights: The National Study of the Changing Workforce *in: Enciclopedia de Salud Y Seguridad em el trabajo*. Nova York:Families and Work Institute.1993.
23. Godin I; Kittel F. Differential economic stability and psychosocial stress at work: associations with psychosomatic complaints and absenteeism. *Soc Sci Med*. 58(8):1543-53, 2004.
24. Godoy SCB. Absenteísmo-doença entre trabalhadores de um hospital universitário. Dissertação (mestrado) em enfermagem. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2001
25. Goetzel RZ; Long SR; Ozminkowski RJ; Hawkins K; Wang SH; Lynch W. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting US employers. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*. 46(4):398- 412, 2004.

26. Guimarães RSO. O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar. Dissertação (mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro .83 p. 2005.
27. Houtman ILD; Bongers PM. Effects of stable and changing demand-control histories on worker health. *Scandinavian Journal Of Work Environment & Health*. 28(2):94-108, 2002.
28. Isosaki M. Absenteísmo entre trabalhadores de Serviços de Nutrição e Dietética de dois hospitais em São Paulo Dissertação(mestrado) Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo.172 p. 2003.
29. Jirón Vargas A; Rojas González H; Ravera R; Marquez C. Inasistencia laboral por licencias medicas. *Bol. Hosp. San Juan de Dios*; 39(3):119-24, 1992.
30. Johansson G; Lundberg I. Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. *Social Science Med*. 58(10):1857-68. 2004.
31. Kaiser KP. What do we know about employee absence behavior? An interdisciplinary interpretation. *Journal of Sócio-economics*. 27:79-96, 1998.
32. Karasek R. El Modelo de demandas-control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. In: *Enciclopédia de salud Y seguridad em el trabajo*. Genebra. Organización Internacional do Trabalho.34.6-34.16. 2000.
33. Kivimaki M; Elovainio M; Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational And Environmental Medicine*. 57(10): 656-660, 2000.
34. Kivimaki M; Sutinen R; Elovainio M; Vahtera J; Rasanen K; Toyry S; Ferrie JE; Firth-Cozens J. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occupational And Environmental Medicine*. 58(6):361-366, 2001.
35. Kristensen TS. The Demand-Control-Suport model: Methodological challenges for future research. *Stress Medicine*.11:17-26, 1995
36. Lavoie-Tremblay M; Bourbonnais R; Viens C; Vézina M; Durand PJ; Rochette L. Improving the psychosocial work environment. *J Adv Nurs* 49(6):655-64, 2005.
37. Lim A; Chongsuvivatwong V; Geater A; Chayaphum N; Thammasuwan, U. Influence of work type on sickness absence among personnel in a teaching hospital. *Journal Of Occupational Health*. 44(4):254 -263, 2002.
38. McCluskey, S; Burton, AK; Main, CJ. The implementation of occupational health guidelines principles for reducing sickness absence due to musculoskeletal disorders. *Occupational Medicine-Oxford*. 56(4):237-242. 2006.

39. McKeivitt C; Morgan M; Dundas R; Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *Journal Of Public Health Medicine*. 19(3):295-300, 1997.
40. Mendes R. Conceito de Patologia do Trabalho. In: Mendes R. *Patologia do Trabalho*. 2º ed. Atualizada e Ampliada. São Paulo. Editora Atheneu. Pag. 47-92. 2003.
41. Mendes R; Waissmann W. Aspectos históricos da Patologia do Trabalho. In: Mendes R. *Patologia do Trabalho*. 2º ed. Atualizada e Ampliada. São Paulo: Editora Atheneu. Pag. 3-45, 2003.
42. Mesa M, FR; Kaempffer R AM. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. *Rev. méd. Chile.*, 132(9):1100-1108, 2004.
43. Michie S; Wren B; Williams S. Reducing absenteeism in hospital cleaning staff: pilot of a theory based intervention. *Occup Environ Med*. 61(4):345-9. 2004.
44. Ministério da Saúde, Representação do Brasil da OPAS OMS. Organizado por Elizabeth Costa Dias. *Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Ministério da Saúde do Brasil. Brasília. 2001
45. OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Enciclopédia de Salud, Seguridad e Higiene em el trabajo*. España: Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo Y Seguridad Social. vol. 1, p 5-11, 1991.
46. Piirainen H; Räsänen K; Kivimäki M. Organizational climate, perceived work-related symptoms and sickness absence: a population-based survey. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*. 45(2):175-84. 2003.
47. Quick TC; Lapertosa JB. Analise do absentismo em usina siderúrgica. *Rev. bras. saúde ocup*. 10 (40):62-7, 1982.
48. Ramadam PA. .Fatores de risco associados ao relato de sintomas osteomusculares em trabalhadores de laboratório de patologia clínica. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. 130 p. 2003.
49. Reis P; Ribeiro PCL. Detecção de agravos à saúde relacionados com o trabalho e o uso gerencial da informação. In: Mendes R. *Patologia do Trabalho*. 2º ed. Atualizada e Ampliada. Editora Atheneu. São Paulo, 2003.
50. Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, Bonilla ML, Navarro i Gine A; Martin M. Fatores relacionados ao absentismo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saúde Pública*; 37(5):616-23, 2003.

51. Reis RJ. Política de Saúde do Trabalhador: o caso da UFMG. Belo Horizonte. Dissertação (mestrado) Saúde Pública. Faculdade de Medicina UFMG.154 p..2001
52. Serxner SA; Gold DB; Bultman, KK. The impact of behavioral health risks on worker absenteeism. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*. 43(4); 347-354 2001.
53. Silva DMPP; Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. latinoam. enfermagem*; 8(5):44-51, 2000.
54. Silva DMPP; Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. latinoam. enfermagem*; 8(5):44-51, 2000.
55. Silva DMPP; Marziale MHP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Acta Scientiarum. Health sciences*.25(2): 191-197.2003
56. Silveira DBB; Monteiro MS. Morbidade entre trabalhadores de uma instituição de saúde. *Saúde Debate*. 28(68):206-211. 2004.
57. Siqueira MDC. Fatores predisponentes ao absenteísmo em enfermagem em três instituições de saúde do município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem Anna Nery. 87 p. 1984.
58. Trinkoff, AM; Storr, CL; Lipscomb, JA. Physically demanding work and inadequate sleep, pain medication use, and absenteeism in registered nurses. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*. 43(4): 355-363. 2001.
59. Valtorta A; Sidi E; Bianchi SCL. Estudo do absenteísmo médico num Hospital de Grande Porte. *Rev. bras. saúde ocup*; 13(51):55-61, 1985.
60. Virtanen, M; Kivimaki M; Elovainio M; Vahtera J; Cooper CL. Contingent employment, health and sickness absence. *Scandinavian Journal Of Work Environment & Health*. 27(6):365-372, 2001.
61. Von Thiele U; Lindfors P; Lundberg U. Evaluating different measures of sickness absence with respect to work characteristics. *Scandinavian Journal Of Public Health*. 34(3): 247-253. 2006.
62. Woo M; Yap AK; Oh TG; Long FY. The relationship between stress and absenteeism. *Singapore Med J*. 40(9):590-5. 1999.
63. Wright, ME. Long-term sickness absence in an NHS teaching hospital. *Occupational Medicine-Oxford*. 47(7):401-406.1997.

ANEXOS

FOLHA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO DEPARTAMENTO

FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO



Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina

Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 12 de fevereiro de 2007

DMPS/FM/MEMO 20/07

Senhor Professor

Informo-lhe que a Câmara Departamental reunida no dia 12 de fevereiro de 2007 aprovou o projeto "**O perfil dos trabalhadores: seu adoecimento e absenteísmo em um hospital público universitário**" já aprovado em banca de qualificação de mestrado do aluno Geraldo Magela Garcia Primo, realizada em 15 de dezembro de 2006, do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – área de concentração em Saúde e Trabalho, com a participação de V. Sa., como orientador ouvinte.

Atenciosamente,

Prof.ª Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes
Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Exmo. Sr.

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

DMPS/FM/UFMG

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP


Parecer nº. ETIC 328/07

**Interessado(a): Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro
Departamento Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina/UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 29 de agosto de 2007, o projeto de pesquisa intitulado "**O perfil dos trabalhadores, seu adoecimento e absenteísmo em um hospital público universitário**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Coordenadora do COEP-UFMG



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Seminários em Saúde Coletiva



Certificado

Certifico que **Geraldo Majela Garcia Primo** participou do *Seminários em Saúde Coletiva* promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, apresentando o projeto de dissertação, **O perfil dos trabalhadores, seu adoecimento e absenteísmo em uma unidade hospitalar**, perante banca examinadora.

Belo Horizonte, 15 de Dezembro de 2006.

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública