

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

LUCAS MELO DE SOUZA

**PREDITORES DE ABSENTEÍSMO NA ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO: ESTUDO DE COORTE**

Porto Alegre

2012

LUCCAS MELO DE SOUZA

**PREDITORES DE ABSENTEÍSMO NA ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO: ESTUDO DE COORTE**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Liana Lautert
Linha de Pesquisa: Gestão em saúde e enfermagem e organização do trabalho

Porto Alegre

2012

CIP - Catalogação na Publicação

Melo de Souza, Luccas

Preditores de absenteísmo na enfermagem de um hospital universitário: estudo de coorte / Luccas Melo de Souza. -- 2012.

159 f.

Orientador: Liana Lautert.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Enfermagem Saúde do trabalhador; Absenteís. 2. Saúde do trabalhador. 3. Absenteísmo. 4. Transtornos mentais. 5. Condições de trabalho. I. Lautert, Liana, orient. II. Título.

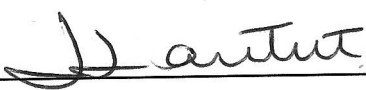
LUCCAS MELO DE SOUZA

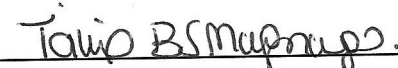
Preditores de absenteísmo na enfermagem de um hospital universitário: estudo de coorte.

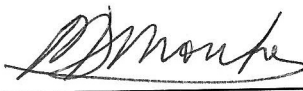
Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 04 de maio de 2012.


BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Liana Lautert: 
Presidente – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago: 
Membro – UFSM

Profa. Dra. Maria Inês Monteiro: 
Membro – UNICAMP

Profa. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol: 
Membro – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Sônia Beatriz Cócáro de Souza: 
Membro – PPGENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, Supremo Criador e Orientador, pela sabedoria e oportunidade de mais esta conquista.

À minha esposa Jenifer, companheira e incentivadora, pelo amor, paciência, companheirismo, cumplicidade e cooperação, essenciais nesses anos felizes.

Aos meus pais, Ivo e Helena, por me ensinarem que o estudo e os princípios são a base para o sucesso profissional.

À Prof^a Dr^a Liana Lautert, orientadora e conselheira, pelo acolhimento e os ensinamentos desde o mestrado.

Aos amigos especiais, colegas e companheiros Wiliam Wegner, Cecília Pedron e Eunice Hilleshein.

Às professoras e amigas Simone Algeri, Adriana Fertig e Isabel Gorini, especiais na minha formação profissional e pessoal.

Às futuras enfermeiras Déborah Bulegon Mello, Priscipla Wolff Moreira e Maríndia Fernandes Ramos, que, pelo comprometimento, foram fundamentais para a realização dessa tese.

À enfermeira Meíra Gonçalves Teixeira (*in memorian*), exemplo de dedicação, superação e responsabilidade.

Aos membros da banca avaliadora, por terem aceitado participar desse momento, compartilhando seus saberes e experiências.

Aos professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que há doze anos contribuem para a minha formação profissional.

Aos colegas do GISO, pelos momentos de conhecimento e amizade.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo ensino gratuito e de qualidade.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por estimular e permitir a pesquisa.

Aos participantes da pesquisa, por permitirem o estudo.

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que vivenciaram, comigo, esses momentos especiais.

RESUMO

O estudo sustenta a tese que as características individuais e laborais e a suspeição de distúrbios psiquiátricos menores influenciam no absenteísmo ao trabalho. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, com abordagem quantitativa, cujo objetivo geral foi analisar as características individuais, o estresse laboral e os distúrbios psiquiátricos menores como preditores de absenteísmo em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, em um intervalo de dois anos. Foram entrevistados 254 trabalhadores de enfermagem (amostra por conveniência e não probabilística) no início e no final de dois anos: a primeira entrevista ocorreu entre novembro de 2008 e maio de 2009 e a segunda entre janeiro e maio de 2011. O desfecho foi o absenteísmo ao trabalho no período de dois anos. Para a coleta de dados foram utilizados o Índice de Capacidade para o Trabalho, o *Self-Report Questionnaire*, a *Job Stress Scale* e um instrumento para caracterização da amostra. O absenteísmo foi coletado por meio da base de dados eletrônica do hospital. Os dados foram analisados por estatística descritiva e analítica, considerando estatisticamente significativos aqueles com valor de p bicaudal menor a 0,05 ou com intervalo de confiança de 95%. Para o cálculo do Risco Relativo (RR), os trabalhadores foram divididos entre aqueles com ou sem absenteísmo, assim como aqueles com absenteísmo elevado (pertencentes ao quartil 75%) versus os outros. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. No período de dois anos, 83,9% dos trabalhadores apresentaram pelo menos um dia de falta ao trabalho e a mediana da taxa de absenteísmo foi de 1,7%, sendo que metade da amostra faltou até 60,8 horas e 25% faltaram acima de 139,6 horas nesse período. Evidenciou-se maior taxa de absenteísmo nos trabalhadores de enfermagem com menor escolaridade, com filho(s); sem tempo para lazer; com doenças osteomusculares com Diagnóstico Médico (DM); com suspeição de distúrbios psiquiátricos menores (DPM); com cargo de técnico/auxiliar de enfermagem; que possuíam outro emprego; insatisfeitos com o local de trabalho e com baixo Apoio Social no trabalho. O RR para absenteísmo em dois anos foi maior nos trabalhadores: sem tempo para lazer (RR=1,15 e IC95%=1,0-1,2); com doença com DM (RR=1,19, IC95%=1,0-1,3); com doença osteomuscular com DM (RR=1,11 e IC95%=1,0-1,2); com suspeição de DPM (RR=1,21 e IC95%=1,1-1,2); de Unidades de Alta Complexidade (RR=1,10 e IC95%=1,0-1,2) e insatisfeitos com o local de trabalho (RR=1,20 e IC95%=1,1-1,2). No que tange ao RR para absenteísmo elevado em dois anos, foi maior nos trabalhadores

de enfermagem com menor escolaridade (RR=1,64 e IC95%=1-2,6); sem tempo para lazer (RR=2,48, IC95%=1,5-3,8); com suspeição de DPM (RR=2,11 e IC95%=1,2-3,4); com cargo de técnico/auxiliar de enfermagem (RR=2,67 e IC95%=1,2-5,8); com outro emprego (RR=2,27 e IC95%=1,3-3,8); insatisfeitos com o local de trabalho (RR=2,29 e IC95%=1,2-4,2) e com baixo Apoio Social no trabalho (RR=1,56 e IC95%=1,0-2,6). Na análise multivariada, verificou-se que a taxa de absenteísmo em dois anos foi significativamente influenciada pelas variáveis: tempo para lazer, número de doenças com DM, suspeição de DPM e turno de trabalho. Os resultados contribuem para reflexões a ações em saúde do trabalhador e para os gestores hospitalares, pois indicam as variáveis que influenciam o absenteísmo no trabalho de enfermagem e fornecem subsídios para a proposição de estratégias de prevenção e promoção da saúde e da qualidade de vida dos trabalhadores.

Descritores: Enfermagem; Saúde do trabalhador; Absenteísmo; Transtornos mentais; Condições de trabalho.

Título: Preditores de absenteísmo na enfermagem de um hospital universitário: estudo de coorte.

RESUMEN

El estudio defiende la tesis de que las características individuales y laborales y la sospecha de trastornos psiquiátricos menores influyen en el absentismo laboral. Se trata de un estudio de cohorte prospectivo, con análisis cuantitativo, cuyo objetivo general fue examinar las características individuales, el estrés laboral y los trastornos psiquiátricos menores como predictores de absentismo en trabajadores de enfermería de un hospital universitario, en un periodo de dos años. Se entrevistaron 254 trabajadores de enfermería (muestra por conveniencia y no probabilística) en el inicio y al final de dos años: la primera entrevista se realizó entre noviembre de 2008 y mayo de 2009, y la segunda entre enero y mayo de 2011. El desenlace fue el absentismo laboral en el periodo de dos años. Para coleccionar los datos se utilizaron el Índice de Capacidad Laboral, el *Self Report Questionnaire*, la *Job Stress Scale* y un instrumento para la caracterización de la muestra. El absentismo fue coleccionado a través de la base de datos electrónica del hospital. Los datos fueron analizados por estadística descriptiva y analítica, considerando estadísticamente significativos los de valor p de dos colas menor a 0,05 o con intervalo de confianza de 95%. Para el cálculo del Riesgo Relativo (RR) se dividieron los trabajadores entre los clasificados como con o sin absentismo, y también los que mostraban absentismo elevado (pertenecientes al cuartil 75%) versus los otros. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital de Clínicas de Porto Alegre. En el periodo de dos años, el 83,9% de los trabajadores presentaron por lo menos un día de falta en el trabajo y el promedio de porcentaje de absentismo fue de 1,7%, siendo que la mitad de la muestra faltó hasta 60,8 horas y el 25% faltó más de 139,6 horas en ese periodo. Se evidenció un mayor porcentaje de absentismo laboral en los enfermeros con menor escolaridad, con hijo(s); sin tiempo para ocio; con enfermedades osteomusculares con Diagnóstico Médico (DM); con sospecha de Trastornos Psíquicos Menores (DPM); con cargo de técnico/auxiliar de enfermería; con otra ocupación; insatisfechos con el local de trabajo y con bajo Apoyo social en el trabajo. El RR para absentismo en dos años fue más alto en los trabajadores: sin tiempo de ocio (RR=1,15 y IC95%=1,0-1,2); con enfermedad con DM (RR=1,19, IC95%=1,0-1,3); con enfermedad osteomuscular con DM (RR=1,11 y IC95%=1,0-1,2); con sospecha de DPM (RR=1,21 y IC95%=1,1-1,2); de Unidades de Alta Complejidad (RR=1,10 y IC95%=1,0-1,2) e insatisfechos con el local de trabajo (RR=1,20 y IC95%=1,1-1,2). En lo que respecta al RR para absentismo elevado en dos años, fue más alto en los trabajadores de enfermería con

menor escolaridad (RR=1,64 y IC95%=1-2,6); sin tiempo para ocio (RR=2,48, IC95%=1,5-3,8); con sospecha de DPM (RR=2,11 y IC95%=1,2-3,4); con cargo de técnico/auxiliar de enfermería (RR=2,67 y IC95%=1,2-5,8); con otro empleo (RR=2,27 y IC95%=1,3-3,8); insatisfechos con el local de trabajo (RR=2,29 y IC95%=1,2-4,2) y con bajo Apoyo Social en el trabajo (RR=1,56 e IC95%=1,0-2,6). En el análisis multivariado se verificó que el porcentaje de absentismo en dos años fue significativamente influenciado por las variables: tiempo para ocio, número de enfermedades con DM, sospecha de DPM y turno de trabajo. Los resultados contribuyen a las reflexiones y acciones de la salud del trabajador y para los gestores hospitalarios, pues indican las variables que influyen en el absentismo laboral de enfermería y proveen subsidios para proponer estrategias de prevención y promoción de la salud y de la calidad de vida de los trabajadores.

Descriptor: Enfermería; Salud laboral; Absentismo; Trastornos mentales; Condiciones de trabajo.

Título: Predictores de absentismo en la enfermería de un hospital universitario: estudio de cohorte.

ABSTRACT

This study defends that individual and work-related features, and the suspicion of minor psychiatric disorders influence absenteeism from work. This is a prospective cohort study with a quantitative approach. Its general objective was to analyze individual features, work stress and minor psychiatric disorders as predictors of absenteeism in nursing workers from a university hospital in a two-year interval. 254 nurses were interviewed (non-probability, convenience sample) in the beginning and the end of two years: the first set of interviews took place from November, 2008, to May, 2009, and the second from January to May, 2011. The outcome was absenteeism from work in the two-year period. To collect the data the instruments used were the Work Ability Index, the Self-Report Questionnaire, the Job Stress Scale and an instrument to characterize the sample. Absenteeism was collected through the hospital's electronic database. The data were analyzed through descriptive and analytical statistics, considering as statistically significant those with a bicaudal p of less than 0.05 or with a confidence interval (CI) of 95%. To calculate the Relative Risk (RR), workers were divided between those with or without absenteeism, as well as between those with high absenteeism (those belonging to the 75% quartile) and the others. The project was approved by the Research Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre. In the two-year interval, 83.9% of workers were absent from work for at least one day and the median rate of absenteeism was 1.7%. Half the sample was absent from work for up to 60.8 hours and 25% was absent for more than 139.6 hours in this interval. A higher rate of absenteeism was observed in less educated nursing workers, with child or children; with no leisure time; with musculoskeletal diseases with Medical Diagnosis (MD); with suspicion of Minor Psychiatric Disorders (MPD); working as nursing technician or nursing assistant; who had another job; who were unsatisfied with the workplace and had low Social Support at work. RR for absenteeism in two years was higher in workers: with no leisure time (RR=1.15 and CI95%=1.0-1.2); with diseases with MD (RR=1.19 and CI95%=1.0-1.3); with musculoskeletal diseases with MD (RR=1.11 and CI95%=1.0-1.2); with suspicion of MPD (RR=1.21 and CI95%=1.1-1.2); working in High Complexity Units (RR=1.10 and CI95%=1.0-1.2) and unsatisfied with the workplace (RR=1.20 and CI95%=1.1). RR for high absenteeism in two years was higher in less educated nursing workers (RR=1.64 and CI95%=1-2.6); with no leisure time (RR=2.48 and CI95%=1.5-3.8); with suspicion of MPD

(RR=2.11 and CI95%=1.2-3.4); working as nursing technician or nursing assistant (RR=2.67 and CI95%=1.2-5.8); with another job (RR=2.27 and CI95%=1.3-3.8); unsatisfied with the workplace (RR=2.29 and CI95%=1.2-4.2) and with low Social Support at work (RR=1.56 and CI95%=1.0-2.6). The multivariate analysis showed that the rate of absenteeism in two years was significantly influenced by the variables: leisure time, number of diseases with MD, suspicion of MPD and work shift. Results contribute to thoughts and actions towards the worker's health and also help health managers, for they indicate the variables that influence absenteeism in the nursing work and aid the proposal of strategies for prevention and the promotion of health, and for the workers' quality of life.

Descriptors: Nursing; Occupational Health; Absenteeism; Mental disorders; Working conditions.

Title: Absenteeism predictors in a university hospital's nursing staff: a cohort study.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama ilustrativo da população e amostra do estudo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.	45
Figura 2 – Quadrantes do Modelo Demanda-Controle de Karasek.	49
Figura 3 – Delineamento do estudo.....	54
Figura 4 – Histograma da distribuição da taxa de absentéismo da amostra.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das perdas e recusas dos trabalhadores da amostra. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	59
Tabela 2 – Características sociodemográficas e de saúde dos trabalhadores de enfermagem. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.	61
Tabela 3 – Características laborais dos trabalhadores de enfermagem em relação ao hospital do estudo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	62
Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem conforme suspeição de DPM e as variáveis sociodemográficas e de saúde na primeira coleta de dados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.	64
Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem conforme suspeição de DPM e as variáveis laborais na primeira coleta de dados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	65
Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem conforme JSS e as variáveis sociodemográficas e de saúde na primeira coleta de dados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.	67
Tabela 7 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem conforme JSS e as variáveis laborais na primeira coleta de dados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.	68
Tabela 8 – Alfa de Cronbach geral do SRQ-20 e da JSS e para cada domínio da JSS. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	69
Tabela 9 – Análise do absenteísmo no trabalho dos trabalhadores de enfermagem. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	71
Tabela 10 – Taxa de absenteísmo no trabalho da equipe de enfermagem em relação às variáveis sociodemográficas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	71
Tabela 11 – Risco relativo para absenteísmo em dois anos nos trabalhadores de enfermagem conforme variáveis sociodemográficas na primeira coleta. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.	72
Tabela 12 – Risco relativo para absenteísmo elevado em dois anos nos trabalhadores de enfermagem conforme variáveis sociodemográficas e de saúde na primeira coleta. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	73
Tabela 13 – Taxa de absenteísmo no trabalho da equipe de enfermagem em relação às variáveis de saúde. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	74
Tabela 14 – Taxa de absenteísmo no trabalho de enfermagem em relação às variáveis de saúde nas duas coletas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.	76

Tabela 15 – Risco relativo para absenteísmo em dois anos nos trabalhadores de enfermagem conforme variáveis de saúde na primeira coleta. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	
Tabela 16 – Risco relativo para absenteísmo elevado em dois anos nos trabalhadores de enfermagem conforme variáveis de saúde na primeira coleta. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	78
Tabela 17 – Taxa de absenteísmo no trabalho da equipe de enfermagem em relação às variáveis laborais. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	80
Tabela 18 – Taxa de absenteísmo no trabalho da equipe de enfermagem em relação às variáveis laborais nas duas coletas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	81
Tabela 19 – Risco relativo para absenteísmo em dois anos nos trabalhadores de enfermagem conforme variáveis laborais na primeira coleta. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	82
Tabela 20 – Risco relativo para absenteísmo elevado em dois anos nos trabalhadores de enfermagem conforme variáveis laborais na primeira coleta. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	83
Tabela 21 – Análise multivariada por Regressão de Poisson para risco de absenteísmo elevado em dois anos nos trabalhadores de enfermagem. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	84
Tabela 22 – Análise multivariada por Regressão <i>Gamma</i> da taxa de absenteísmo em dois anos nos trabalhadores de enfermagem. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.....	85

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CID – Código Internacional das Doenças
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
DM – Diagnóstico Médico
DPM – Distúrbios Psiquiátricos Menores
EEnf – Escola de Enfermagem
GGIRH – Grupo de Gestão e Informações de Recursos Humanos
GHC – Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre
GISO – Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional
GLM – Generalized Linear Model
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HU – Hospital Universitário
GE – Grupo de Enfermagem
IC – Intervalo de Confiança
ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho
IG – Informações Gerenciais
IMC – Índice de Massa Corporal
INSS – Instituto Nacional da Seguridade Social
JCQ – Job Content Questionnaire
JSS – Job Stress Scale
MDC – Modelo Demanda-Controle
OMS – Organização Mundial de Saúde
RR – Risco Relativo
SIPAGEH – Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar
SRQ-20 – Self Reporting-Questionnaire
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USP – Universidade de São Paulo
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	23
2.1 Geral	23
2.2 Específicos	23
3 HIPÓTESES	24
4 REFERENCIAL TEÓRICO	25
4.1 O trabalho em enfermagem	25
4.2 A capacidade para o trabalho e as cargas de trabalho na enfermagem	28
4.3 A saúde mental e o trabalho de enfermagem	32
4.4 O absenteísmo e o trabalho de enfermagem	36
5 MATERIAIS E MÉTODOS	40
5.1 Delineamento do estudo	40
5.2 Campo de estudo	40
5.3 População e amostra	42
5.3.1 Amostra da primeira coleta de dados – o estudo base	43
5.3.2 Amostra da segunda coleta de dados – a tese	43
5.4 Instrumentos de coleta de dados	45
5.4.1 Instrumento para caracterização da amostra.....	46
5.4.2 Índice de Capacidade para o Trabalho	46
5.4.3 <i>Self-Report Questionnaire</i>	47
5.4.4 <i>Job Stress Scale</i>	49
5.5 Variáveis em estudo	50
5.5.1 Variáveis preditoras	50
5.5.2 Variável de desfecho	53
5.6 Protocolo do estudo	54
5.7 Análise estatística	56
5.8 Considerações éticas	58
6 RESULTADOS	59
6.1 Perdas e recusas	59
6.2 Características da amostra	60
6.2.1 Características dos trabalhadores e do trabalho em enfermagem.....	60

6.2.2 Consistência interna dos instrumentos utilizados.....	69
6.3 O absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem.....	69
6.3.1 Dados gerais do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem.....	70
6.3.2 O absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem e as variáveis sociodemográficas.....	71
6.3.3 O absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem e as variáveis de saúde.....	74
6.3.4 O absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem e as variáveis laborais.....	79
6.3.5 Análise multivariada do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem.....	84
7 DISCUSSÕES.....	87
7.1 Considerações acerca das características da amostra.....	87
7.2 Considerações acerca dos DPM e do estresse laboral.....	100
7.3 Considerações acerca do absenteísmo na enfermagem.....	106
7.3 Limitações do estudo.....	127
8 CONCLUSÕES.....	128
9 RECOMENDAÇÕES.....	130
REFERÊNCIAS.....	132
Apêndice A – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido aprovado pelo HCPA.....	147
Apêndice B -Instrumento de coleta de dados para caracterização da amostra.....	149
Apêndice C – Termo de compromisso para utilização dos dados.....	150
Anexo A – Carta de aprovação do projeto “Avaliação dos fatores potencializadores de saúde e adoecimento dos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”..	151
Anexo B – Índice de Capacidade para o Trabalho.....	152
Anexo C – <i>Self-Report Questionnaire</i>.....	155
Anexo D – <i>Job Stress Scale</i>.....	156
Anexo E – Termo de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS.....	158
Anexo F – Carta de aprovação do projeto da tese.....	159

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa vincula-se ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEnf-UFRGS), abordando o tema absenteísmo em trabalhadores de enfermagem que atuam em um hospital universitário (HU).

A motivação para esta investigação surgiu a partir da prática profissional do autor como enfermeiro, docente e pesquisador vinculado ao Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO) da EEnf-UFRGS. Tal grupo desenvolve atividades de pesquisa com trabalhadores de diversos ramos, em especial da enfermagem, área de atuação dos integrantes. Com base nas pesquisas do GISO, foi observado o grande número de doenças que acometem os trabalhadores de enfermagem ao longo dos anos, em especial as osteomusculares, as cardiovasculares e as de caráter psicológico, repercutindo na saúde e na capacidade laboral dos trabalhadores – na forma de dores, estresse, depressão e fadiga, entre outras - e na dinâmica do trabalho, à medida que ocasionam afastamentos (absenteísmo) por motivo de saúde.

A atual organização do trabalho tem sido objeto constante de investigações científicas face as suas exigências de produtividade, ritmo acelerado, necessidade de indicadores de qualidade no trabalho, entre outros. Sendo assim, pode favorecer relações interpessoais permeadas de conflitos, tornando o ambiente de trabalho um cenário tensionador das relações humanas, sociais e hierárquicas. Essa combinação de elementos pode influenciar as formas de enfrentamento necessárias aos trabalhadores ao se depararem com desafios do cotidiano laboral, bem como refletir no seu corpo e levar ao adoecimento⁽¹⁾.

Tal panorama vêm de encontro à atual Política Nacional de Saúde do Trabalhador, implementada no Brasil em 2004, que aponta diretrizes para a redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Ações, estas, tanto no plano individual (trabalhador) quanto coletivo (processo e ambiente de trabalho), a fim de promover a capacidade laboral dos indivíduos⁽²⁾.

O trabalho é uma característica fundamental do ser humano, diferenciando-o dos outros animais, pois é por ele que o ser humano constrói e transforma a si e a sociedade. Assim, o indivíduo o procura não somente como meio de subsistência, mas para satisfazer

suas necessidades, que se transformam no decorrer do processo histórico⁽³⁾. Nesse sentido, o trabalho socialmente útil é um elemento central e equilibrante na vida do indivíduo, tornando-se eficaz para a interação social, além de contribuir para sua identidade⁽⁴⁾.

Ao abordar o trabalho em instituições de saúde e associá-lo às condições ambientais, políticas e de processo, pode-se verificar a gênese de uma série de potenciais agravantes à saúde do trabalhador⁽⁵⁾. Especificamente sobre a enfermagem, a Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial da Saúde (OMS) vêm estudando a profissão desde a década de 30, reconhecendo a situação precária dos seus trabalhadores⁽⁶⁾. Como profissão, a enfermagem caracteriza-se por possuir o maior contingente de trabalhadores da área da saúde. Historicamente surgiu com o crescimento da Igreja, atrelada ao prazer e à beneficência no auxílio ao próximo. Paralelamente, é considerada uma profissão fatigante e tensa, em decorrência do contato com o sofrimento e com a morte, das jornadas de plantão, da aceleração dos ritmos de trabalho, da polivalência do profissional e do esforço musculoesquelético na realização do cuidado, entre outros⁽⁷⁾. Destarte, em decorrência dessas características laborais, a enfermagem constitui uma profissão cujo trabalho acarreta sobrecarga física e psicológica nos seus trabalhadores, o que pode se agravar dependendo das características do indivíduo (hereditariedade, hábitos de saúde, etc.).

Entendem-se cargas de trabalho como os elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com o trabalhador, manifestando desgastes e perda da capacidade real ou potencial, por meio de alterações biológicas e/ou psíquicas. Considera-se o atributo de um determinado processo de trabalho cuja presença, ou não, no ambiente, pode resultar em deterioração psicobiológica de um grupo de trabalhadores em relação aos não expostos a tal processo⁽⁸⁻⁹⁾. Ainda, as cargas de trabalho são entendidas como as exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho, gerando ao longo do tempo as particularidades do desgaste do trabalhador. Assim, as cargas são mediações entre o processo de trabalho e o desgaste psicobiológico⁽⁸⁾.

A sobrecarga nos trabalhadores de enfermagem se faz preocupante e marcante, tornando o trabalho – que poderia ser fonte de prazer e reconhecimento – em um meio que pode ocasionar sofrimento e desgaste, que por vezes se refletem na diminuição precoce da capacidade para o trabalho. Essa capacidade diminuída compreende tanto os aspectos físicos quanto os psicológicos, como mencionado. Como cargas físicas podem ser consideradas o ruído, o calor, a umidade, a iluminação, o contato com fibras vegetais, as radiações ionizantes, as quais interagem com o corpo do trabalhador, causando desgaste(s). Entre esses desgastes

físicos, podem ser citados os problemas osteomusculares e pulmonares, a fadiga, a dor, as alergias e os acidentes de trabalho, entre outros⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Já as cargas psíquicas podem ser classificadas em sobrecarga psíquica e subcarga psíquica. A sobrecarga psíquica é causada por situações de tensão prolongada, enquanto a subcarga pelo uso limitado do conhecimento e habilidades do trabalhador em desenvolver seu trabalho. Como exemplos de cargas psíquicas na enfermagem têm-se a monotonia, a repetitividade, o trabalho parcelado ou em ritmo acelerado, a interferência de outros trabalhos, a atenção permanente, o tipo de supervisão, a alta exigência, a falta de autonomia, entre outras. Estas cargas podem contribuir para desgastes psicológicos, tais como a depressão, a ansiedade, o estresse, o *burnout*, as neuroses e os distúrbios psiquiátricos menores⁽¹³⁻¹⁴⁾^a, por exemplo. Tais desgastes repercutem em diversos aspectos da vida pessoal (qualidade de vida, saúde, lazer, entre outros) e laboral (prazer, sofrimento, qualidade no serviço, absenteísmo, entre outros) dos indivíduos⁽¹²⁾.

Os distúrbios psiquiátricos menores (DPM) são caracterizados por sintomas como insônia, fadiga, tristeza, ansiedade, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas e neurastenia, designando situações de sofrimento mental. Tais quadros podem causar incapacidade funcional comparável a quadros psiquiátricos crônicos, o que pode interferir na capacidade para o trabalho⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

A capacidade para o trabalho, no enfoque da saúde do trabalhador, pode ser entendida como o quão bem está, ou estará, um trabalhador, e quão capaz ele está para executar o seu trabalho, em função das exigências, do seu estado de saúde e da sua capacidade física e mental⁽¹⁷⁾, sob o prisma do próprio trabalhador. Nessa perspectiva, a atividade laboral adquire caráter central quando se pensa em saúde, tanto por exigir habilidades específicas quanto pelo impacto que as cargas físicas e psicológicas, bem como as relações organizacionais, exercem sobre esse *continuum*.

Nessa perspectiva, o trabalho pode ser fonte de desgaste, que não se refere, necessariamente, a uma doença diagnosticada, embora possa contribuir para o seu desenvolvimento e ser reversível pela possibilidade do corpo em recuperar perdas e capacidades⁽¹⁸⁾. Nesse sentido, quando o trabalho é realizado em condições inadequadas, os profissionais estão suscetíveis a desgastes de ordem física e psicológica, ocasionando desequilíbrios alimentares, musculares, de sono, de eliminação, fadiga, diminuição do estado

^a Em virtude da ausência, na Classificação Internacional das Doenças (CID), de um grupo de diagnósticos de distúrbios psíquicos relacionados com o trabalho e das diferentes classificações existentes - morbidade psiquiátrica menor, transtornos mentais comuns, problemas psiquiátricos menores e distúrbios psiquiátricos menores -, neste estudo optou-se por utilizar a expressão distúrbios psiquiátricos menores (DPM)⁽¹³⁻¹⁴⁾.

de alerta, estresse, desorganização no meio familiar e neurose, entre outros. Esses problemas, muitas vezes, estão associados às características laborais, que tornam os serviços de saúde, particularmente os hospitais, em locais que oferecem uma das piores condições de trabalho, resultando em absenteísmo dos profissionais de enfermagem⁽¹⁹⁾.

Sobre as características do trabalho, estudo conduzido com trabalhadores de enfermagem de uma unidade de emergência encontrou que o ritmo acelerado e o volume excessivo de trabalho estão relacionados a maiores prevalências de transtornos mentais (42,9% e 31,4%, respectivamente)⁽²⁰⁾. Além disso, a função exercida, o tipo de unidade e de atividade, a satisfação e a valorização com o trabalho estão associados à melhor saúde mental em enfermeiros⁽¹⁾.

Outra questão central, que merece destaque no trabalho de enfermagem, refere-se à prevalência de mulheres na profissão e a dupla jornada de trabalho. Historicamente, a classe trabalhadora de enfermagem é constituída, majoritariamente, por mulheres, que em comparação aos homens, apresentam maior propensão em desenvolver doenças osteomusculares e psiquiátricas⁽²¹⁻²⁴⁾. Além disso, muitas conciliam a atividade profissional com as atividades do lar, o que prejudica a saúde pelo excesso de ofícios⁽²⁵⁾.

Em relação à dupla jornada de trabalho, impulsionada pela baixa remuneração e pelo trabalho em turno, estudos indicam relação com prevalência de absenteísmo⁽⁵⁾, de sintomas psiquiátricos⁽²⁶⁾ e de estresse⁽²⁷⁾. Há que se considerar, ainda, a questão do envelhecimento dos trabalhadores, reflexo da mudança demográfica e previdenciária do país⁽²⁸⁾.

No Brasil, o segmento da População Economicamente Ativa (PEA) que mais cresceu no período dos anos 1980 e 1990 foi o de 25 a 49 anos. Estima-se que entre os anos 2000 e 2020, a faixa etária correspondente aos 50 anos ou mais será a que mais crescerá, confirmando o envelhecimento da PEA⁽²⁹⁾. Somado a isso, com as mudanças previdenciárias, as quais exigem um tempo maior de contribuição para a aposentadoria, o número de indivíduos com 60 anos ou mais que continuam no mercado de trabalho aumentou e tende a crescer.

Esse envelhecimento dos trabalhadores traz consigo algumas preocupações, à medida que os sistemas fisiológico e psicológico, com o transcorrer dos anos, passam por diversas mudanças que acabam por aumentar o risco à doenças, sobretudo as crônicas degenerativas. Dentre essas mudanças, surgem, por exemplo, a diminuição auditiva e visual, a perda da massa muscular, a diminuição da resposta do organismo aos fatores estressantes, a atenuação da memória e a redução da capacidade de interpretar informações^(23,30-31). Essas alterações podem afetar a qualidade de vida dos trabalhadores em processo de envelhecimento e a sua

capacidade para o trabalho, causando impacto econômico à instituição e refletindo, também, na diminuição da qualidade de assistência ao cliente, no caso o usuário do serviço de saúde. Sob a ótica da saúde do trabalhador, a perda ou a diminuição da capacidade para o trabalho, com o passar dos anos, é denominada de envelhecimento funcional, e, geralmente, se faz notar antes do envelhecimento cronológico⁽³²⁾.

Em virtude das condições desfavoráveis presentes no ambiente de trabalho e outras próprias do indivíduo, os trabalhadores buscam meios para compensar o desgaste e o sofrimento (ou mesmo necessitam desses mecanismos). Esses mecanismos podem ser manifestados por posturas resistentes ou defensivas, que podem ocorrer pela fuga ao trabalho, ou por meio de atestados, licenças médicas ou faltas injustificadas, denominadas absenteísmo⁽⁵⁾.

Convém realçar que a palavra absenteísmo é originária da língua francesa (*absentéisme*) e remete a falta de assiduidade ao trabalho ou a outras obrigações sociais. Em âmbito da saúde do trabalhador, pode ser definida como as ausências ao trabalho por faltas e/ou licenças-saúde, causada por motivo de doença ou dano físico⁽³³⁾. Comumente, diversas são as causas desencadeantes da abstenção ao trabalho: problemas de saúde, doenças ou acidentes laborais, problemas com saúde de familiares, gestação e parto, casamento, faltas (in)justificadas e outros⁽²¹⁾.

Neste estudo, optou-se por utilizar a definição de absenteísmo como sendo as ausências ao trabalho por faltas injustificadas, faltas por acidente de trabalho ou doença justificada por atestado e/ou licenças médicas, ou seja, ausências não programadas. Férias, licença-maternidade e folgas são consideradas ausências planejadas dentro de uma jornada de trabalho legal, portanto, não são consideradas absenteísmo neste estudo⁽³³⁾.

Estudo⁽³⁴⁾ que investigou o absenteísmo no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) entre os meses de outubro de 2006 a setembro de 2007, encontrou um percentual elevado (87,6%) entre os trabalhadores de enfermagem. Os técnicos e auxiliares de enfermagem ausentaram-se mais em comparação aos enfermeiros, bem como aqueles com mais de 20 anos de serviço ($p < 0,05$). Salienta-se, ainda, que os problemas de saúde (79,9%) foram os principais motivos que contribuíram para o absenteísmo desses trabalhadores.

Tais dados são preocupantes e denotam um problema, à medida que o absenteísmo provoca desequilíbrio no binômio trabalho/trabalhador, uma vez que tende a causar sobrecarga de trabalho⁽³⁵⁾. Isso reflete em desgaste dos trabalhadores que estão em atividade e, conseqüentemente, pode aumentar o número de pessoas com problemas de saúde⁽³⁶⁾. Cria-se, com isso, um *continuum*, em que sobrecargas físicas e psíquicas afetam a capacidade

funcional e a saúde do indivíduo, ocasionando absenteísmo. Esse, por sua vez, repercute no trabalho coletivo, abrangendo outros profissionais, podendo provocar mais afastamento ao trabalho, sucessivamente⁽³⁷⁾.

Assim, tendo em vista o percentual de absenteísmo dos profissionais de enfermagem do HCPA, há necessidade de avaliação e investigação contínua dos fatores que desencadeiam desgastes, doenças e/ou melhoria na saúde – física e mental – desses trabalhadores. A literatura enfatiza a necessidade da realização de novos estudos para verificar a representação das variáveis que podem estar envolvidas com altas taxas de absenteísmo⁽³⁸⁾, a fim de que se identifiquem estes fatores e se busquem/encontrem alternativas para incrementar e manter o equilíbrio entre capacidade, saúde e trabalho. Para isso, essas alternativas precisam considerar que o adoecimento do trabalhador é um processo complexo, pois envolve o ambiente de trabalho, os hábitos e comportamentos de saúde, as alterações decorrentes do envelhecimento, as consequentes mudanças na capacidade para o trabalho, a influência da organização e dos aspectos psicológicos, físicos e ergonômicos no trabalho, entre outros⁽³²⁾.

A partir dessas ponderações, delimita-se a seguinte tese para esta investigação: as características individuais e laborais e a suspeição de distúrbios psiquiátricos menores influenciam no absenteísmo ao trabalho.

Nesse cenário complexo, algumas questões se impõem, norteando essa tese: quais as características individuais e laborais dos trabalhadores com absenteísmo no trabalho? As características laborais e individuais influenciam a suspeição de distúrbios psiquiátricos menores? As características individuais e laborais, o estresse no trabalho e/ou a suspeição de distúrbios psiquiátricos menores influenciam o absenteísmo em trabalhadores de enfermagem?

Salienta-se, ainda, que as mudanças das últimas décadas vêm exigindo, dos pesquisadores envolvidos com a temática, maiores esforços para entender o atual ritmo e complexidade do trabalho, cada vez mais acelerado, intensificado e competitivo. O trabalho, ao atingir o indivíduo, transforma a sua maneira de enfrentar o meio, trazendo efeitos sobre a sua saúde, ainda pouco reconhecidos ou dimensionados. Torna-se imprescindível conhecer os efeitos do trabalho sobre a saúde das pessoas, numa perspectiva que considere, também, as características pessoais e a tendência de maior tempo de permanência no mercado de trabalho por diferentes fatores (longevidade, questões pecuniárias, entre outras). Com isso, pode-se intervir precoce e preventivamente para que os trabalhadores se mantenham ativos, saudáveis e produtivos ao longo dos anos.

Destaca-se que a maioria dos estudos que envolvem o absenteísmo utiliza recortes transversais ou retrospectivos (principalmente utilizando-se de banco de dados), caracterizando-se um desafio a elaboração de estudos longitudinais⁽³¹⁾. Assim, a proposta desta tese é a de utilizar um desenho prospectivo para responder as perguntas norteadoras.

Busca-se, com o estudo, identificar alguns mecanismos que causam desgaste físico ou mental precocemente, antes de ocasionarem afastamento do trabalho, pois os atestados e o absenteísmo ao trabalho expressam – por vezes tardiamente – que algo não está bem na saúde do trabalhador⁽³⁹⁾.

Ainda que o exercício da profissão de enfermagem requeira boa saúde física e mental, raramente os trabalhadores recebem suporte adequado à promoção da saúde, tanto para seu desempenho no trabalho quanto para a sua qualidade de vida. Ou seja, apesar de exercerem atividades desgastantes, muitas vezes em locais exigentes, por vezes não recebem suporte adequado para evitar esses desgastes⁽²⁷⁾. Neste sentido, é fundamental o papel da enfermagem, alicerçado na prática da educação em saúde, à medida que propõe despertar a consciência crítica das pessoas e grupos sociais, envolvendo-os nos aspectos relacionados à sua saúde, que poderá transformar a realidade social⁽⁴⁰⁾.

A posição que se visa tomar diante do absenteísmo é ir ao encontro da saúde dos trabalhadores, analisando os casos de absenteísmo e a relação com capacidade para o trabalho e com a saúde mental. Almejam-se, com isso, subsídios para promover a saúde desses, intervir nas condições de trabalho e estimular comportamentos que promovam a capacidade para o trabalho e a saúde mental, o que poderá remeter, também, à diminuição do absenteísmo e qualificação do processo de cuidar em saúde⁽²⁵⁾. Assim, conhecendo os mecanismos que mantém a saúde física e mental, podem-se formular políticas institucionais que promovam a capacidade laboral, a saúde dos trabalhadores de enfermagem e a prevenção dos agravos, corroborando com a proposta deste estudo. Assim sendo, o estudo contribuirá para a enfermagem na medida em que, a partir dos resultados, sejam promovidas reflexões e ações que avaliem o processo de trabalho de enfermagem no hospital, minimizando ou eliminando cargas nocivas à saúde da equipe de enfermagem, além de se promover a saúde dos trabalhadores.

2 OBJETIVOS

Com base na problemática exposta e tendo como objeto de investigação o estresse laboral, as características individuais e os distúrbios psiquiátricos menores como preditores de absenteísmo em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, são propostos os seguintes objetivos para este estudo, considerando uma coorte de dois anos:

2.1 Geral

Analisar as características individuais, o estresse laboral e a suspeição de distúrbios psiquiátricos menores como preditores de absenteísmo em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, em um intervalo de dois anos.

2.2 Específicos

- Descrever as características individuais e laborais dos trabalhadores de enfermagem;
- descrever a capacidade para o trabalho;
- identificar a suspeição de distúrbios psiquiátricos menores;
- analisar o estresse laboral;
- verificar o absenteísmo nesses trabalhadores;
- verificar a associação entre as características individuais e laborais com a suspeição de distúrbios psiquiátricos menores e estresse laboral;
- analisar a relação entre as características individuais e laborais e o absenteísmo;
- examinar a relação entre a suspeição de distúrbios psiquiátricos menores e o estresse laboral com o absenteísmo desses trabalhadores.

3 HIPÓTESES

Com base na problemática exposta, levantaram-se as seguintes hipóteses para esse estudo:

H1 – A suspeição de distúrbios psiquiátricos menores está associada à maior absenteísmo no trabalho de enfermagem.

H2 - O estresse laboral está associado à maior absenteísmo no trabalho de enfermagem.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para proporcionar sustentação teórica a esta tese, construiu-se este capítulo abordando quatro temas, quais sejam: o trabalho em enfermagem; capacidade para o trabalho e as cargas de trabalho na enfermagem; a saúde mental e o trabalho de enfermagem e absenteísmo e o trabalho de enfermagem.

4.1 O trabalho em enfermagem

A assistência aos doentes é um trabalho que acompanha a história da humanidade. Na antiguidade, para garantir a vida e a saúde, era necessário promover a alimentação, o vestuário, o abrigo e a reprodução da espécie⁽⁴¹⁻⁴²⁾. À medida que a humanidade foi descobrindo o que era necessário para a continuidade da vida e do grupo, foram surgindo práticas de cuidado habituais, compostas de ações permitidas e proibidas, posteriormente erigidas por rituais confiados a xamãs, feiticeiros e sacerdotes. Esses executores eram reconhecidos por possuírem conhecimento especial ou como dotados de um poder e/ou capacidade ímpares, mediadores entre as forças maléficas e benéficas. Até os séculos XVIII e XIX, o conhecimento sobre as terapêuticas era precário, sendo, por isso, os cuidados em saúde limitados⁽⁴²⁾.

A instituição hospital, como instrumento de cura e de cuidado, data do final do século XVIII, em torno de 1780. Até esse período, caracterizava-se como um local de assistência aos pobres e de exclusão social. A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em 1783, quando a observação ao leito se tornou parte primordial dessa ciência, organizada em torno da clínica, renascida na França⁽⁴³⁾.

Na idade média (séculos V ao XII), marcada pelo crescimento e pela influência do cristianismo, ocorreram profundas modificações na sociedade. As atividades dos hospitais – muitos construídos durante as cruzadas – eram conduzidas por religiosos, práticos/enfermeiros, militares e mulheres que se consagravam a Deus. Esses trabalhos tinham, concomitantemente, caráter religioso e profissional, pois eram remunerados e especializados, ao mesmo tempo em que faziam parte da assistência espiritual. Os trabalhos

manuais eram menos valorizados que os de base intelectual. A medicina clínica detinha o caráter de trabalho intelectual, fazendo com que as faculdades médicas assumissem não somente a função de aparelho formador, mas que também determinassem as regras para a profissionalização e exercício de todos os outros ofícios relacionados à saúde⁽⁴¹⁾. À enfermagem cabia o trabalho manual, menos valorizado.

Com a Reforma Anglicana, o rei Henrique VIII separou a Igreja Romana da Inglaterra, expulsando os religiosos católicos do país. Consequentemente houve o fechamento dos mosteiros e hospitais, desencadeando uma prolongada crise, pois não havia quem substituísse os monges. A solução foi o recrutamento de mulheres nas ruas e nas prisões, sendo o contingente de enfermagem formado por mulheres analfabetas e sem reconhecimento social. As atividades hospitalares eram tensas, sem organização, higiene e supervisão. Essa crise ficou conhecida como o período crítico da enfermagem⁽⁴²⁾.

Esse cenário continuou até o século XIX, período de grandes descobertas do domínio da física, química e biologia. A época marcou o crescimento do paradigma positivista, com o uso da microscopia, com as descobertas microbiológicas e imunológicas de Louis Pasteur e de Robert Koch e com o surgimento de Florence Nightingale (1820-1910). As mudanças começaram a transformar o hospital em um local de cura, onde o médico exercia seu trabalho sobre o doente e a doença, e os saberes médico e de enfermagem, antes independentes, passaram a se complementar no mesmo ambiente^(42,44-45).

Florence rompeu com os preceitos da época, em que os hospitais eram considerados locais de pobreza, sujidade e morte, constituindo o trabalho de enfermagem profissional. Seus ensinamentos centravam-se na organização do cuidado e do espaço assistencial, iniciando o período denominado “enfermagem moderna”⁽⁴¹⁾.

Em 1854, Florence atuou como voluntária na Guerra da Criméia, implementando nova organização e administração dos hospitais e medidas de higiene e limpeza, bem como a seleção de mulheres do ponto de vista físico e moral para o trabalho de enfermagem. Os resultados do trabalho de Florence proporcionaram a criação de escolas de enfermagem na Inglaterra e a implementação do modelo Nightingaleano de ensino, que se difundiu por diversos países, como Inglaterra, Canadá, Estados Unidos e, posteriormente, no Brasil⁽⁴⁶⁾.

No Brasil, em 1894, foi fundado o Hospital Samaritano em São Paulo, resultado de esforços de pessoas da comunidade evangélica e de estrangeiros. O serviço de enfermagem era feito por enfermeiras estrangeiras, sobretudo inglesas, sendo que em 1896 começou a receber alunas em regime de internato. O curso é considerado o primeiro a adotar o sistema “Nightingaleano” de ensino no Brasil⁽⁴⁶⁾.

Em 1923, foi criada a Escola de Enfermagem Anna Nery, junto à Universidade Federal do Rio de Janeiro, primeira Escola de Enfermagem no Brasil. Surgiu no contexto do movimento sanitarista brasileiro do início do século XX, sendo criada pelo Decreto nº 16.300 de 31 de dezembro de 1923, como Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde. Foi denominada Escola de Enfermeiras D. Ana Néri, pelo Decreto nº 17.268 de 31 de março de 1926, implantando a carreira de Enfermagem – modelo “Nightingaleano” – em nível nacional. Posteriormente foi incorporada à Universidade do Brasil pela Lei nº 452 de 05 de julho de 1937⁽⁴⁷⁾.

No Rio Grande do Sul, a enfermagem obteve crescimento no início da década de 1950, no governo do presidente Getúlio Vargas, período do Nacionalismo Econômico e da “educação para o desenvolvimento”. O governo de Ernesto Dorneles, em sintonia com o populismo de Vargas, defendia a criação de oportunidades de trabalho para todos, o que facilitou a emergência da profissão de enfermeira em nível universitário. Assim, criou-se a primeira escola de enfermagem de nível universitário no Estado: a Escola de Enfermagem de Porto Alegre, atual Escola de Enfermagem da UFRGS⁽⁴⁸⁾.

A Escola de Enfermagem de Porto Alegre também adotou o modelo de ensino Nightingaleano, marcado por características extremamente fortes no que concerne à formação moral rígida, controle e disciplina dos corpos, concentração e jogos de poder, conflitos, luta pela autonomia e reconhecimento profissional, resistência à dominação hegemônica e um grau de exigência elevado para as alunas. Ressalta-se que por incorporações de representações sociais negativas sobre ser mulher, ser enfermeira, e que por ser a enfermagem essencialmente feminina, a profissão era desvalorizada no universo do trabalho em saúde, regido por valores identificados ao mundo masculino e médico⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾.

Como profissão, a enfermagem organizou-se sob o modo capitalista de produção, no modelo americano Taylorista, com ênfase nas tarefas, desenvolvendo sua prática no espaço institucional hospitalar e, posteriormente, no espaço comunitário, sendo predominante assalariada. Desenvolve-se com certa autonomia em relação às demais profissões de saúde, mas se mantém subordinada ao gerenciamento hegemônico médico e das instituições assistenciais⁽⁴¹⁾.

Atualmente é caracterizada pelo maior contingente dos trabalhadores da área da saúde, organizada internamente sob a égide da divisão parcelar do trabalho. Conforme lei nº 7.498/86, fazem parte da equipe de enfermagem os enfermeiros, os técnicos de enfermagem, os auxiliares de enfermagem e as parteiras⁽⁵⁰⁾. O enfermeiro é o profissional de nível superior, gerencia o trabalho de enfermagem e delega tarefas/funções aos demais trabalhadores de

enfermagem⁽⁴¹⁾. No RS, no ano de 2010, havia 122.506 profissionais cadastrados no Conselho Regional de Enfermagem, sendo 64.132 (52%) técnicos de enfermagem, 40.133 (33%) auxiliares/atendentes de enfermagem e 18.241 (15%) enfermeiros⁽⁵¹⁾.

Nesse contexto histórico, o trabalho de enfermagem tem sido caracterizado como profissão predominantemente feminina, com atividades frequentemente marcadas por normas, regulamentos, rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas - características herdadas do modelo Nightingaleano⁽¹⁹⁾-, exigência de esforço muscular, tarefas repetitivas, sobrecarga postural e músculo esquelética, risco à acidentes físicos e químicos, extensas jornadas de trabalho, plantões aos domingos e feriados, más condições do ambiente de trabalho, tensões nas relações interpessoais e contato contínuo com a morte⁽⁵²⁾. Dessa forma, o conjunto dessas características do trabalho de enfermagem, aliado a outras próprias do indivíduo, convergem em sobrecarga física e psicológica nos seus trabalhadores, com consequências na qualidade de vida, na saúde mental e na capacidade para o trabalho, dentre outros fatores.

4.2 A capacidade para o trabalho e as cargas de trabalho na enfermagem

Diante das condições do seu trabalho, a enfermagem tem recebido um olhar especial de pesquisadores da área da saúde do trabalhador, atentos à alta demanda física e mental da profissão. Algumas temáticas têm sido exploradas com maior frequência nos estudos envolvendo a profissão, como estresse, depressão, distúrbios psiquiátricos e osteomusculares, qualidade de vida e capacidade para o trabalho, entre outros^(11,13,25,27,53-59).

Especificamente sobre capacidade para o trabalho, na última década o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) tem sido utilizado amplamente em pesquisas e serviços de saúde ocupacional, em um contexto de globalização e reestruturação produtiva⁽³¹⁾. Refere-se ao princípio do bem estar, na combinação entre as demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, gerenciamento, cultura, organização, ambiente de trabalho e os recursos apresentados pelo profissional para executar as tarefas laborais⁽¹⁷⁾.

O conceito de capacidade para o trabalho utilizado a define como “quão bem está, ou estará, um(a) trabalhador(a) presentemente ou num futuro próximo, e quão capaz ele(a) pode executar seu trabalho, em função das exigências, de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais”. A avaliação do ICT, por meio da saúde autopercebida, oferece informações

acerca do comprometimento da capacidade de cada trabalhador de forma isolada ou coletiva, respeitando as peculiaridades e permitindo ofertar medidas de apoio⁽¹⁷⁾. O ICT fornece informações acerca da capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda sua vida e em comparação às exigências do trabalho e o prognóstico sobre a capacidade para o trabalho. Também considera as doenças e a perda no trabalho estimada por elas e os recursos mentais⁽¹⁷⁾.

A manutenção da capacidade para o trabalho envolve condições de saúde e de trabalho adequadas, quer sejam as relações interpessoais ou ambientais⁽⁶⁰⁾, influenciadas pelas transformações ocorridas nos últimos anos. Essas modificações – o envelhecimento populacional, o aumento das doenças crônico-degenerativas, as mudanças na sociedade e na família, as novas tecnologias, as alterações no trabalho, entre outros – repercutem na capacidade para o trabalho, caracterizando um desafio para gestores e investigadores em saúde ocupacional. Assim, na última década, estudos têm sido conduzidos procurando mostrar relações entre as características individuais, o ICT e o trabalho em saúde/enfermagem.

Algumas das características individuais e laborais são determinantes para a capacidade para o trabalho. Idade superior a 45 anos, sexo feminino e trabalhos que exijam esforço físico intenso e altas exigência mentais são fatores associados à diminuição da capacidade laboral^(17,61), e constituem aspectos convergentes com as características dos trabalhadores de enfermagem em muitos cenários da prática. As condições socioeconômicas e culturais também são importantes para determinar a capacidade para o trabalho, porém, os padrões de associação ainda são complexos, pois sofrem influência do trabalho, que está atrelado a essas variáveis⁽⁶²⁾.

Recente revisão de literatura⁽³¹⁾, encontrou os seguintes aspectos relativos à capacidade para o trabalho:

- a capacidade funcional diminui a partir dos 45 anos, decorrente do agravamento de diversas doenças;
- maior risco para diminuição da capacidade para o trabalho em mulheres, devido às piores condições de trabalho, diferença salarial e dupla jornada de trabalho;
- influência das condições socioeconômicas, embora os padrões sejam complexos e influenciados por fatores relacionados ao trabalho, às condições de vida e aos hábitos de saúde;
- o consumo de tabaco e de álcool e a obesidade são fatores deletérios para a perda da capacidade para o trabalho. A prática de atividade física é preditora de boa capacidade;

- a presença de sintomas psicofísicos e de doenças se correlaciona negativamente com a capacidade para o trabalho;
- a saúde mental é menos correlacionada com a capacidade para o trabalho do que a saúde física;
- a possibilidade de desenvolvimento e de influenciar o trabalho são positivamente associados à capacidade para o trabalho;
- trabalhadores com trabalho predominantemente físico podem apresentar piores condições de capacidade para o trabalho em relação àqueles com trabalho predominantemente mental;
- as condições que podem configurar cargas físicas inadequadas são: trabalho muscular estático, uso de força muscular, levantamento e transporte de peso, esforço intenso repetitivo; posturas inadequadas, risco de acidentes, calor, frio, ruído, sujeira e umidade;
- as condições que podem configurar cargas psíquicas inadequadas são: conflitos de papéis e de chefias, pressão do tempo, volume de trabalho, restrição no uso de habilidades e conhecimentos, limitação no controle sobre o próprio trabalho, nível de responsabilidade, limitação no desenvolvimento profissional, falta de reconhecimento e valorização e jornada e turnos de trabalho.

Convém aqui realçar o conceito de cargas de trabalhos, que são os elementos do processo de trabalho que interatuam dinamicamente entre si e o corpo do trabalhador, levando a processos de adaptação que se traduzem em desgaste⁽⁹⁾. As cargas de trabalho se subdividem em físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas, sendo que as duas últimas possuem materialidade interna ao corpo, porquanto as demais possuem materialidade externa⁽¹²⁾.

As cargas físicas são os ruídos, calor, iluminação, radiações, por exemplo, que ao contato com o trabalhador, produzem irritação, sudorese, mecanismos de adaptação, efeitos biológicos, entre outros. As cargas químicas são os póis, os medicamentos, a fumaça, os vapores, os gases, as substâncias químicas e as pastas. As cargas biológicas são os diferentes micro-organismos e vetores, geralmente infectantes, que estão no ambiente de trabalho. As cargas mecânicas são derivações dos instrumentos de trabalho e materiais que compõem o ambiente de trabalho, quando sem a devida manutenção ou projeção, que se convertem em lesões. As cargas fisiológicas são decorrentes do esforço físico, das posições inadequadas, da ruptura do ciclo circadiano pelo trabalho em turnos, por exemplo. As cargas psíquicas são derivadas de situações de tensão prolongada, morte, uso limitado das potencialidades, por exemplo⁽¹²⁾.

Retomando as questões envolvendo o ICT, alguns dos aspectos associados ao ICT, mencionados acima, são encontrados em estudos nacionais realizados com a classe trabalhadora de enfermagem. Pesquisa⁽²⁵⁾ conduzida com 875 trabalhadores de enfermagem de um complexo hospitalar revelou que o escore médio do ICT foi de 41,8 (boa capacidade para o trabalho), sendo que 83,2% apresentaram boa capacidade para o trabalho e 16,8% reduzida capacidade. Nesse estudo, a maior escolaridade e prática de atividades físicas ou esportivas foram fatores de proteção da capacidade do trabalho. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre capacidade para o trabalho e as variáveis: idade, sexo, renda individual, estado conjugal, exercício de tarefas domésticas e variáveis ocupacionais (turno de trabalho, carga horária semanal, função, local, cargo de chefia e outra atividade remunerada). Apesar da variável idade não apresentar associação significativa com o ICT, houve tendência de redução da capacidade para o trabalho à medida que o indivíduo envelhece. No grupo com reduzida capacidade para o trabalho, verificou-se alta prevalência de doenças músculo esqueléticas.

Em outro estudo⁽⁵⁸⁾, pesquisadores investigaram a capacidade para o trabalho de funcionários de enfermagem de um pronto socorro de um HU e encontraram no ICT um escore médio de 42, sendo que 13% apresentaram ICT moderado e 87% bom/ótimo. Os achados demonstraram que o elemento que exerceu maior impacto negativo sobre a capacidade para o trabalho foi a presença de doença(s). Verificaram, também, que os trabalhadores com boa/ótima capacidade para o trabalho faltaram menos ao trabalho no último ano em relação àqueles com moderada capacidade (78,7% versus 57,1%). Dessa forma, parece haver associação entre baixos escores no ICT com maior absenteísmo, embora convenha considerar que uma das questões do ICT envolve as ausências ao trabalho no último ano.

Investigação⁽¹⁾ realizada com 368 enfermeiros de um grupo hospitalar de Porto Alegre evidenciou que 52% dos sujeitos apresentaram escores classificados como moderada ou baixa capacidade para o trabalho. Não foi encontrada relação entre os escores do ICT e as variáveis: idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, tempo para lazer, satisfação com o local de trabalho, escala e turno de trabalho, trabalho em outro local e função na instituição. No entanto, houve diferença estatisticamente significativa quanto ao tipo de unidade de trabalho, sendo que a proporção de ICT bom/ótimo foi maior em enfermeiros que atuam em unidades fechadas ($p=0,015$) e/ou adultas ($p=0,024$). As doenças com diagnóstico médico mais prevalentes foram as osteomusculares, cardiovasculares, respiratórias e os distúrbios psiquiátricos.

4.3 A saúde mental e o trabalho de enfermagem

A compreensão da relação entre saúde mental e trabalho tem sido objeto de investigação há vários anos, com destaque nas décadas de 1940-50, na França, com os estudos sobre psicopatologia do trabalho de Lê Guillant, Sivadon, Girardon e Leroy. Foi nesse período que houve o fortalecimento dos movimentos e das reivindicações operárias, buscando desenvolver ações para a melhoria das condições de vida dos trabalhadores, sendo criados “programas de resistência”, como a institucionalização da Medicina do Trabalho (1946), da Previdência Social (1945) e dos Comitês de Higiene e Segurança no Trabalho (1947)^(39,63).

No Brasil, sob a designação saúde mental e trabalho, têm-se diversos estudos desde a década de 1980, principalmente dos serviços públicos de saúde e das entidades sindicais. Foi a partir do acolhimento às demandas desses setores que alguns grupos de problemas vieram a formar a área de saúde mental e trabalho^(39,64).

O primeiro grupo diz respeito à clássica relação entre saúde mental e organização do processo de trabalho, no qual o modelo taylorista-fordista recebeu destaque. O segundo se refere aos efeitos neuropsicológicos decorrentes da exposição a solventes e metais pesados e o terceiro refere-se às repercussões psicossociais desencadeadas pelos acidentes de trabalho e esforço físico/repetitivo. Outro grupo abrange os problemas relacionados ao sofrimento psíquico ocasionado pelo enfrentamento constante de situações de risco à vida (como explosões e o trabalho em altura). Por fim, têm-se as situações de desemprego prolongado com suas repercussões psicossociais⁽⁶⁴⁾.

Os profissionais de enfermagem, pela característica do serviço, sofrem influências das condições e da organização do trabalho. Por condições de trabalho entendem-se as cargas de trabalho que tem como alvo principal o corpo dos trabalhadores, em que podem ocasionar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas. Por organização do trabalho considera-se a divisão do trabalho: divisão de tarefas entre os operadores, repartição e cadência, enfim, o modo operatório prescrito; e por outro lado, a divisão de homens: repartição das responsabilidades, hierarquia, comando, controle etc. Se por um lado, as condições de trabalho afetam principalmente o corpo, a organização do trabalho, por outro lado, atua no funcionamento psíquico⁽⁶⁵⁾.

Haja vista as características do trabalho em enfermagem – sobrecarga de trabalho, turnos de trabalho, hierarquia, divisão de responsabilidades, entre outras -, os trabalhadores de enfermagem atuam em situações que podem ocasionar danos à saúde física e mental.

Apesar dos problemas de saúde mental no trabalho serem reconhecidos na décima edição da CID, a sua notificação ainda constitui um desafio. Muitos trabalhadores reconhecem e buscam assistência somente quando acometidos por problemas de ordem física, em contraposição aos problemas de saúde mental. A lógica hegemônica parece criar uma consciência de que os problemas de ordem mental não estão relacionados ao trabalho, criando o paradigma de que a gênese desses reside na esfera intraindividual, sendo considerados, então, problemas pessoais^(64,66).

No entanto, sabe-se que da relação desequilibrada entre o conteúdo ergonômico do trabalho (de ordem física, química e biológica) com a estrutura da personalidade, pode emergir uma insatisfação e, com isso, desgastes que são de natureza mental e não física⁽⁶³⁾. Nessa perspectiva, nos últimos anos, tem aumentado o número de pesquisas abordando a temática saúde mental e trabalho. Sobre isso, estudo bibliográfico, abordando seis periódicos brasileiros de enfermagem, encontrou que, das investigações que contemplavam saúde mental e trabalho, 41% envolviam questões sobre identidade do trabalhador, sofrimento psíquico e prazer no trabalho⁽⁶⁷⁾. As transformações produtivas nas últimas décadas, as relações entre trabalho e sua repercussão sobre a saúde mental dos trabalhadores têm recebido destaque em estudos com abordagens metodológicas diferenciadas. Questões como a produtividade, os acidentes de trabalho, o absenteísmo e os crescentes índices de distúrbios psiquiátricos entre os trabalhadores são objetos de estudos recentes, o que enseja investigações que procurem elucidar onexo causal entre a saúde/doença do trabalhador e o trabalho, em especial a saúde mental, como os DPM.

A prevalência de problemas de saúde mental é variável, particularmente a ansiedade e a depressão, dependendo não só das características da população pesquisada e do instrumento utilizado, mas também do tempo investigado, o que envolve sazonalidade (período de férias e questões climáticas)⁽⁶⁸⁾. Estudos^(22,68-69) apontam que características individuais, como sexo feminino, baixa escolaridade e renda, desemprego, separação e paternidade ou maternidade sem companheiro(a) estão relacionadas à maior incidência de problemas mentais. A relação entre idade e estado conjugal, especificamente com a suspeição de DPM, ainda não está clara, pois há divergências.

Em relação aos DPM, a OMS patrocinou a elaboração do instrumento de pesquisa (SRQ-20) para *screening* desses. O SRQ-20 destina-se à detecção de sintomas, ou seja, sugere

nível de suspeição (presença/ausência) de algum distúrbio psiquiátrico, mas não discrimina um diagnóstico específico. Dessa forma, avalia se há algum distúrbio, mas não oferece diagnóstico do tipo de distúrbio existente. Por este caráter de triagem, é adequado para estudos de populações, sendo útil para uma primeira classificação de possíveis casos e não casos. Os sintomas avaliados pelo instrumento aproximam-se dos DPM, que se caracterizam por sintomas não psicóticos, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas⁽⁷⁰⁾.

Nos estudos de base populacional realizados no Brasil, encontram-se percentuais de suspeição de DPM na faixa de 28,5 a 36% em adultos^(15,22,68,71). Especificamente sobre trabalhadores de enfermagem, estudos conduzidos no Brasil revelam prevalência entre 18 e 42,5%^(13,59,72-73), sendo mais elevada nos profissionais jovens, do sexo feminino, com menor renda, com maior demanda física de trabalho, alocados no horário noturno e/ou misto e em cujo trabalho há alta exigência^(13,73). Saliencia-se que o termo “trabalho de alta exigência” ou “alto desgaste” refere-se ao modelo de experiência no trabalho proposto por Karasek, no qual considera-se que o trabalho em que há alta Demanda psicológica e baixo Controle é nocivo a saúde.

A alta prevalência de suspeição de DPM nas profissões da saúde pode ser verificada antes mesmo do ingresso dos profissionais no mercado de trabalho. Pesquisadores, ao investigarem estudantes universitários, encontraram prevalência de 34,1% de suspeição de DPM, sendo maior nos acadêmicos de medicina (42,6%), seguidos dos de odontologia (33,3%), de enfermagem (31,8%) e de educação física (25%)⁽⁷⁴⁾.

Os eventos da vida que produzem distúrbios psiquiátricos, se referem aos problemas financeiros, a crescente violência urbana, o surgimento de doenças e as relações conjugais, entre outros, que afetam a vida do indivíduo e a sua práxis profissional⁽⁷⁵⁾. Se for acrescentado o contexto laboral desgastante no qual muitos profissionais da enfermagem exercerão suas profissões, estes percentuais poderão aumentar.

Além dos DPM, o estresse relacionado ao ambiente de trabalho tem sido amplamente estudado nas últimas décadas, no sentido de identificar sua participação na etiologia de alterações na saúde dos trabalhadores⁽⁷⁶⁻⁷⁷⁾. O estresse também pode levar a tensões, as quais podem ser positivas ou não. O estresse negativo pode acarretar situações indesejáveis, como depressão, insônia, dores musculares, hipertensão, dentre outros⁽⁷⁷⁾. No trabalho, o estresse positivo vincula-se à busca e motivação para crescimento profissional, por exemplo⁽⁷⁸⁾.

O estresse ocupacional resulta da interação entre a percepção de altas demandas psicológicas de trabalho e baixo grau de controle do trabalhador em relação às atividades que exerce⁽⁷⁹⁾. Quando por longos períodos, essa condição pode ser danosa a saúde do trabalhador, podendo desenvolver agravos físicos ou mentais, como DPM⁽⁸⁰⁾. Nesse sentido, os conceitos de estresse são embasados na avaliação de respostas do organismo às demandas do ambiente externo, produzido em situações em que as demandas ultrapassam a capacidade individual de responder aos estímulos⁽⁵⁹⁾.

A teoria sobre estresse ocupacional elaborada por Robert Karasek propõe um modelo bidimensional denominado Modelo Demanda-Control (MDC), oriundo da vertente de estresse no ambiente psicossocial do trabalho. O modelo é apontado como uma possibilidade de estrutura integradora para estudo dos diferentes elementos do ambiente de trabalho e suas interrelações com a saúde dos trabalhadores⁽⁷⁹⁻⁸⁰⁾.

O MDC diferencia quatro tipos de experiências no trabalho, formados pela interação dos níveis de demanda psicológica e de controle: Alta Exigência (alta demanda e baixo controle), Trabalho Passivo (baixa demanda e baixo controle), Trabalho Ativo (alta demanda e alto controle) e Baixa Exigência (baixa demanda e alto controle). O trabalho com Baixa Exigência, segundo o MDC, é o que representa menor risco de adoecimento, sendo o de Alta Exigência o mais estressante, com maior propensão para adoecimento⁽⁷⁹⁻⁸⁰⁾.

Os dois aspectos psicossociais – demanda e controle – envolvem o processo de trabalho. O primeiro compreende as exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta para desenvolver suas atividades, pressões do tempo, concentração, interrupção das tarefas e necessidade de aguardar as atividades de outros trabalhadores. O controle relaciona-se com dois fatores referentes ao uso de habilidades e à autoridade decisória. O uso de habilidades refere-se ao grau em que há aprendizagem, criatividade, repetitividade e habilidades especiais individuais. A autoridade decisória abarca a tomada de decisões e a influência na política gerencial⁽⁸⁰⁻⁸¹⁾.

Pesquisadores evidenciam a importância do MDC na investigação do ambiente psicossocial do trabalho e os efeitos do estresse ocupacional sobre a saúde do indivíduo, abordando suas diversas repercussões. Ainda, ressaltam a possibilidade de integração do MDC a outros instrumentos que avaliam, por exemplo, a saúde mental, a qualidade de vida, a síndrome da estafa profissional, os acidentes de trabalho e o absenteísmo, entre outros, contribuindo sobremaneira no campo da saúde do trabalhador⁽⁸²⁾.

Salienta-se que quando o limiar de tolerância psíquica ao trabalho não é ultrapassado, pode acontecer que o trabalhador não consiga manter os ritmos de trabalho ou manter seu

equilíbrio mental⁽⁶³⁾. Com isso, alguns comportamentos são possíveis: abandonar o trabalho, trocar de posto ou mudar de empresa – fórmulas encobertas pela rotatividade – e/ou aumento do absenteísmo.

Assim, a insalubridade do trabalho hospitalar advém da exposição não só a agentes biológicos, químicos e ergonômicos, mas também a situações que produzem sofrimento ou adoecimento mental – inerentes à própria história e a natureza da enfermagem – que por vezes ocasionam estresse no trabalho, refletindo em absenteísmo ao trabalho. Nessa perspectiva, o absenteísmo pode surgir como consequência do desgaste físico e/ou mental ocasionado pelo ambiente de trabalho, como apontado por autores da área da saúde do trabalhador^(13,63).

4.4 O absenteísmo e o trabalho de enfermagem

Na literatura, verificam-se diversos conceitos referentes às ausências ao trabalho, habitualmente denominadas de absenteísmo. Optou-se pelo conceito que o define como sendo as ausências ao trabalho por faltas sem justificativa, atrasos e/ou licenças-saúde, ou seja, ausências não programadas. Nessa perspectiva, as demais faltas não são consideradas absenteísmo – férias, acompanhamento médico de filho até 12 anos ou inválido de qualquer idade, doação voluntária de sangue, amamentação, paternidade, casamento, falecimento do cônjuge, pais, filhos ou pessoa declarada em sua carteira de trabalho e Previdência Social, convocação do Tribunal Regional Eleitoral, provas de exames vestibulares, provas finais, audiência por convocação judicial, suspensão disciplinar, licença-maternidade e folgas⁽³³⁾.

No ano de 2010, no Brasil, a Previdência Social contabilizou a concessão de 327.894 Auxílios Doença por Acidentes do Trabalho. O custo do país com os eventos decorrentes dos riscos ambientais do trabalho é da ordem de R\$ 56,8 bilhões/ano, sendo que R\$ 14,2 bilhões representam a despesa direta da Previdência Social com pagamento de benefícios acidentários e aposentadorias especiais. O restante (cerca de R\$ 42,6 bilhões) é o somatório de despesas com reabilitação física (assistência e tratamentos de saúde), reabilitação profissional, entre outros⁽⁸³⁾. Em relação aos Auxílios Doença, no ano de 2010, houve um total de 3.724.112 requerimentos ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), sendo que foram concedidos 2.228.622 benefícios⁽⁸⁴⁾.

A dimensão desses benefícios apresenta a premência na adoção de políticas públicas voltadas à prevenção e proteção contra os riscos relativos às atividades laborais, bem como

prevenção a saúde dos trabalhadores. Muito além dos gastos financeiros, a quantidade e gravidade dos casos apresentam-se como consequência do trabalho na saúde dos trabalhadores, ratificando a necessidade emergencial de construção de políticas públicas e a implementação de ações para alterar esse cenário⁽⁸⁵⁾.

Nesse sentido, os afastamentos de curta duração podem fornecer informações a respeito do estado de saúde de determinado grupo de trabalhadores, como podem também estar associados às características individuais (sexo, idade, hereditariedade, saúde, entre outros) e à organização do trabalho, como turnos, jornadas, autonomia, hierarquia, reconhecimento, entre outros, marcantes no trabalho de enfermagem⁽⁸⁶⁾.

A etiologia do absenteísmo é reconhecida, por diferentes autores, por seu caráter complexo e multifatorial. É decorrente de uma ou mais classes causais, como fatores sociais, de trabalho, culturais, individuais, geográficos, de saúde e doença (física ou mental), sendo que modificam dependendo das características do estudo⁽³⁸⁾. A associação de algumas variáveis com o absenteísmo é descrita na literatura, enquanto outras ainda não estão devidamente claras.

A relação do sexo e da idade com a incidência de absenteísmo não é clara, visto que estudos encontram maior absenteísmo na enfermagem entre o sexo feminino^(21,86-87), enquanto outros não^(34,88). Com a variável idade segue a mesma indefinição, pois estudos apontam maior absenteísmo na enfermagem entre os jovens^(19,86), enquanto outros em idades avançadas⁽⁸⁷⁾ ou ausência de associação entre as variáveis⁽³⁴⁾.

Estudo⁽¹⁹⁾ com 700 trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino de São Paulo revelou que 333 funcionários envolveram-se em 662 afastamentos, sendo que 40,1% desses por mais de uma vez, 84,6% com duração de 1 a 10 dias e 4,4% resultaram num período de 1 a 5 meses. Os motivos de absenteísmo foram os acidentes de trabalho (7,2%), as licenças-maternidade (4,4%) e as licenças-saúde (88,4%). Entre as licenças-saúde, prevaleceram os problemas geniturinários (18,8%) e as doenças mal definidas (18,6%), seguidos das doenças dos sistemas respiratório (13,1%), digestivo (8,5%), osteomuscular (8,2%) e neurológico ou mental (8,2%), sendo esses últimos agrupados.

Pesquisadores⁽²¹⁾, em estudo retrospectivo realizado na rede básica do Sistema Único de Saúde da cidade de Campinas, encontraram índice de frequência^b de absenteísmo por doença de 2,88 afastamentos/profissional de enfermagem/ano; o de gravidade^c foi de 12,27

^b Número de afastamentos/total de empregados.

^c Dias perdidos por licença saúde/total de empregados.

dias perdidos/empregado/ano e a proporção de tempo perdido^d foi de 5,56% ao ano. Os enfermeiros tiveram menor índice de frequência de absenteísmo por doença em comparação aos técnicos e auxiliares, porém apresentaram afastamento com maior duração. Outros estudos também encontraram maior absenteísmo entre técnicos e auxiliares de enfermagem no comparativo com os enfermeiros^(19,80,87). Supõe-se que por representarem um número menor em relação a técnicos e auxiliares e por possuírem cargo de chefia, os enfermeiros optem por trabalhar doentes em vez de se afastar por curtos intervalos de tempo e deixar a equipe sem uma pessoa de referência⁽⁸⁸⁻⁹⁰⁾.

Em outra investigação⁽⁸⁶⁾, 57,6% da amostra de trabalhadores de enfermagem apresentou pelo menos um afastamento ao trabalho por motivo de doença, sendo que destes, 37,6% tiveram um afastamento, 26,3% dois afastamentos, 14,7% três, 10,4% quatro e 11% cinco ou mais afastamentos. Estes causaram 1364 afastamentos, 1,41 por trabalhador, totalizando 5279 dias perdidos/ano. Entre as doenças que mais produziram afastamento, destacam-se as respiratórias (18,2%), as osteomusculares (13,4%), as infecciosas e parasitárias (8,7%), as lesões, envenenamentos ou demais causas externas (5,9%), as circulatórias (4,7%) e as mentais e comportamentais (4,6%). Para afastamentos, nesse estudo não foi encontrada diferenças para gênero e idade.

Em estudo⁽⁹¹⁾ com 199 trabalhadores de enfermagem, o absenteísmo doença representou 75% das faltas no período de um ano. Resultado similar foi encontrado em outro estudo⁽⁸⁸⁾ com 647 trabalhadores de enfermagem de um HU de São Paulo, em que 56% dos profissionais apresentaram, pelo menos, uma licença por doença no ano de 2007, sendo as mais frequentes as osteomusculares e do tecido conjuntivo (41,5%) e os transtornos mentais e comportamentais (28,4%). Na investigação⁽⁵⁾ com 189 profissionais de enfermagem de um hospital escola de Minas Gerais, os problemas osteomusculares também representaram a maior causa de absenteísmo (24%).

Com relação às características laborais e o absenteísmo, estudos indicam maior absenteísmo entre os técnicos e auxiliares de enfermagem em comparação aos enfermeiros^(34,86). Também apontam maior taxa^e e frequência de absenteísmo naqueles com maior tempo de serviço^(34,86) e nos vinculados à pediatria, internação clínica e materno-infantil^(34,92).

^d Número de horas perdidas/número de horas previstas para serem trabalhadas X 100.

^e Segundo definição adotada pelo HCPA, a taxa de absenteísmo representa o percentual da força de trabalho que a empresa deixa de dispor em relação a força prevista. É calculada da seguinte maneira: número de horas de ausências/número de horas previstas X 100.

No estudo⁽⁸⁶⁾ com 965 profissionais de enfermagem de um HU, foi encontrado diferença significativa na proporção de absenteísmo por doença com relação ao vínculo empregatício: a chance de um trabalhador estatutário ter afastamento foi 1,67 maior do que a de um trabalhador celetista (IC95%:1,26-2,22). Os autores sugerem que os estatutários se sintam mais seguros ao se afastarem, considerando que têm estabilidade no emprego.

Assim, na enfermagem, além das características individuais, as laborais também influenciam no absenteísmo. Contudo, pesquisas aprofundadas têm sido escassas no Brasil. A categoria carece, ainda, de investigações adequadas, para se conhecer as variáveis associadas aos afastamentos do trabalho dos seus profissionais⁽⁸⁶⁾.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo apresenta-se o material utilizado e os procedimentos adotados, tanto para o trabalho em campo e processamento dos dados quanto para os trâmites burocráticos e acadêmicos.

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, com abordagem quantitativa. Nesses estudos, o investigador define a amostra e mensura as variáveis preditoras antes de ocorrerem os desfechos, ou seja: as variáveis são investigadas ao longo do tempo para avaliar a prevalência, a incidência ou o desfecho de interesse. São estudos utilizados para definir a incidência e investigar as potenciais causas de uma condição específica. Como as variáveis preditoras são medidas antes da ocorrência do desfecho, os estudos prospectivos partem do pressuposto de que elas predizem o desfecho⁽⁹³⁾.

Os estudos prospectivos permitem, também, avaliar a temporalidade entre a possível associação entre desfecho e fatores de risco ou de proteção, além de diminuir possíveis vieses (de memória e de causalidade reversa). Nesse sentido, medir os níveis das variáveis preditoras antes da ocorrência do desfecho tende a produzir dados mais acurados do que tentar reconstruir exposições passadas após a ocorrência do desfecho⁽⁹³⁾.

5.2 Campo de estudo

O campo de estudo foi o HCPA⁽⁹⁴⁾, empresa pública de direito privado, criado pela Lei 5.604, de 2 de setembro de 1970. Integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, o HCPA é vinculado academicamente à UFRGS, sendo o hospital escola da universidade, considerado com um nível de alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e com estrutura organizacional própria e autônoma. O hospital tem com missão prestar

assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimento, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania.

Segundo dados do Relatório de Gestão do ano de 2010⁽⁹⁵⁾, o hospital possui uma área física construída de 128.338,36 m², com 772 leitos - 661 de internação, 67 de tratamento intensivo e 64 de emergência. Na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), são 34 leitos para adultos, 13 para pediatria e 20 para a neonatologia. Na emergência, são 49 leitos para adultos, seis para obstetrícia e nove para pediatria. O hospital possui, também, 82 pontos de apoio, tais como macas e poltronas, distribuídas, principalmente, nos setores como hemodiálise, banco de sangue, ambulatório e emergência.

Ainda, o HCPA possui as seguintes áreas: Centro Cirúrgico (doze salas), Centro Cirúrgico Ambulatorial (dezesesseis salas), Centro de Procedimentos Obstétricos (cinco salas), Ambulatórios I e II (118 consultórios) e outras áreas de atendimento, como Fisiatria, Medicina Ocupacional, Nefrologia, Neurologia e Cardiologia (com quinze consultórios). Na Emergência, além dos leitos, há nove consultórios, sete salas de procedimentos/exames e sete salas de observação. O hospital conta, ainda, com serviço de Hemoterapia (treze salas), Hospital dia (doze postos), Centro de Atenção Psicossocial (nove postos), Medicina Nuclear (quatro salas), Centro de Pesquisa Clínica (33 postos), Centro de Pesquisa Experimental (vinte salas), Casa de Apoio (58 camas), Recreação (três salas) e Unidades de Radioterapia (treze postos), Quimioterapia (vinte postos), Hemodiálise (24 pontos/poltronas), Hemodinâmica (duas salas) e uma Unidade de Atenção Básica à Saúde (treze consultórios e dez salas)⁽⁹⁵⁾.

Conforme Relatório Anual do hospital, em 2010 foram realizadas 577.504 consultas, 30.943 internações e 42.121 procedimentos cirúrgicos. Quanto aos trabalhadores, o HCPA finalizou o ano de 2010 com 4.578 funcionários, os quais são contratados pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Somados a esses funcionários, também atuam no HCPA os professores da UFRGS, exercendo atividades diretas ou de coordenação de serviços assistenciais, programas, comissões e grupos de trabalho. Além disso, o hospital oferece oportunidade de estágios para diferentes instituições de ensino (328 bolsas auxílio em 2010), bem como aos acadêmicos da UFRGS e residentes na área de saúde⁽⁹⁵⁾.

Com relação ao à organização dos serviços de enfermagem no HCPA, é chefiado pelo Grupo de Enfermagem (GE), órgão vinculado diretamente à Presidência da Instituição. O GE objetiva: organizar e manter a atenção progressiva de enfermagem para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; participar com os profissionais da saúde nos programas

de assistência, ensino, pesquisa e extensão; interagir com a EEnf e demais unidades da UFRS e proporcionar condições para a realização de estudos e pesquisas em enfermagem⁽⁹⁶⁾.

A estrutura do GE é constituída por⁽⁹⁶⁾:

- Coordenadoria: órgão de direção administrativo constituído por Coordenador do GE (professor da EEnf/UFRGS), Adjunto Docente, Assessor Contratado e Supervisor de Enfermagem.

- Serviço: órgão executor dos objetivos institucionais, com características administrativas e gerenciais, composto por unidades que compreendem atividades afins. Constituído por professores da EEnf/UFRGS, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio administrativo. Exceto os professores, todos os outros são contratados por processo seletivo público e submetidos ao regime da Consolidação das Leis Trabalhistas.

- Colegiado: grupo com funções deliberativas e executivas a ser instituído em caráter temporário ou permanente, nas áreas em que for adequado para administrar o funcionamento.

- Unidade: órgão operativo e subordinado ao serviço, com área e quadro funcional próprio, destinado a prestar cuidados de enfermagem. É constituída por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

- Programas e Grupos de Trabalho: realizam atividades de caráter permanente ou temporário, que não exigem estrutura formal, tendo como fim o desenvolvimento de ações com objetivos específicos e limitados, com pessoal variável e adequados às características de cada um.

5.3 População e amostra

A população do estudo foram os trabalhadores de enfermagem do HCPA, contratados no regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que finalizou o ano de 2008 totalizando 1.857 profissionais de enfermagem (453 enfermeiros, 729 técnicos de enfermagem e 675 auxiliares de enfermagem/técnicos de enfermagem)⁽⁹⁴⁾. A população da pesquisa corresponde a todos os trabalhadores de enfermagem do HCPA que participaram do estudo base “Avaliação dos fatores potencializadores de saúde e adoecimento dos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre” (Anexo A). Portanto, a população-

alvo da presente pesquisa (selecionada por conveniência) foram as unidades de análise incluídas nos registros do banco de dados do estudo supracitado.

5.3.1 Amostra da primeira coleta de dados – o estudo base

Esta pesquisa é a segunda etapa do estudo “Avaliação dos fatores potencializadores de saúde- adoecimento dos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”. O estudo base ocorreu entre os meses de julho de 2008 e maio de 2009, e entrevistou 862 trabalhadores dos diversos setores e profissões do HCPA. As entrevistas foram realizadas no próprio hospital, pelos membros do GISO, previamente treinados. A seleção dos indivíduos foi por conveniência, não probabilística, ou seja, foram escolhidas as unidades e os turnos para a coleta de dados conforme disponibilidade dos coletadores. Todos os trabalhadores de enfermagem dessas unidades foram convidados a participar do estudo.

No estudo base, foi utilizado como critério de inclusão: estar contratado no regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

O critério de exclusão foi estar em situação de afastamento do trabalho – licença-saúde, licença-maternidade, acidente de trabalho ou afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) – durante a primeira medição das variáveis preditoras.

Dos 862 entrevistados (das diversas profissões), 523 eram trabalhadores de enfermagem, sendo que 337 foram abordados entre novembro de 2008 e maio de 2009, os quais compuseram a população para o presente estudo (tese)^f.

5.3.2 Amostra da segunda coleta de dados – a tese

A presente pesquisa deu continuidade ao estudo base, investigando aqueles trabalhadores que foram entrevistados entre novembro de 2008 e maio de 2009. Para o

^f Projeto desenvolvido pelo GISO em conjunto com o Serviço de Medicina Ocupacional do HCPA, com o objetivo de descrever e avaliar os fatores potencializadores do processo saúde-adoecimento a que estão submetidos os trabalhadores do hospital, bem como construir indicadores que permitam monitorar a saúde dos trabalhadores.

presente estudo, foram considerados como critérios de inclusão para os profissionais de enfermagem:

- ter participado do estudo “Avaliação dos fatores potencializadores de saúde e adoecimento dos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”;

- ter preenchido, no instrumento de coleta de dados do estudo base, os dados de identificação (nome completo ou número do cartão ponto). Essas informações foram necessárias para a busca dos profissionais para a segunda etapa da coleta de dados e para verificação do absenteísmo no período de dois anos;

- ter preenchido correta e integralmente pelo menos um dos questionários pilares do estudo - *Job Stress Scale (JSS)* ou *Self-Report Questionnaire (SRQ-20)*;

- ter sido entrevistado entre os meses de novembro de 2008 a maio de 2009, no estudo base. Com essa medida, pretendeu-se diminuir o viés de sazonalidade, pois a segunda etapa das entrevistas ocorreu entre os meses de janeiro de 2010 e maio de 2011, ou seja, dois anos após a primeira etapa (foi concedida uma margem de dois meses, prospectiva ou retrospectivamente, para a data da segunda entrevista em relação ao mês da primeira entrevista com cada indivíduo). Escolheu-se o período de janeiro de 2010 a maio de 2011 devido à disponibilidade/organização de logística dos pesquisadores para a coleta de dados do presente estudo.

Os critérios de exclusão consistiram em:

- ocorrência de gravidez nas trabalhadoras de enfermagem no período entre a primeira e a segunda coleta. Essa medida foi adotada visando diminuir viés, uma vez que influenciaria o absenteísmo no período, sem relação com o processo saúde/doença ou com o estresse laboral;

- estar em situação de licença/afastamento (saúde, acidente de trabalho, INSS ou outra) na segunda coleta de dados, por critério ético, devido à impossibilidade de coleta de dados sobre o absenteísmo sem a assinatura do novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Dessa forma, a população, para essa tese, compreendeu os 337 trabalhadores de enfermagem que foram entrevistados entre novembro de 2008 e maio de 2009 (seleção por conveniência). No entanto, devido às perdas e aos critérios de inclusão/exclusão, foram entrevistados, na segunda etapa, 254 trabalhadores de enfermagem, compondo a amostra final, conforme Figura 1.

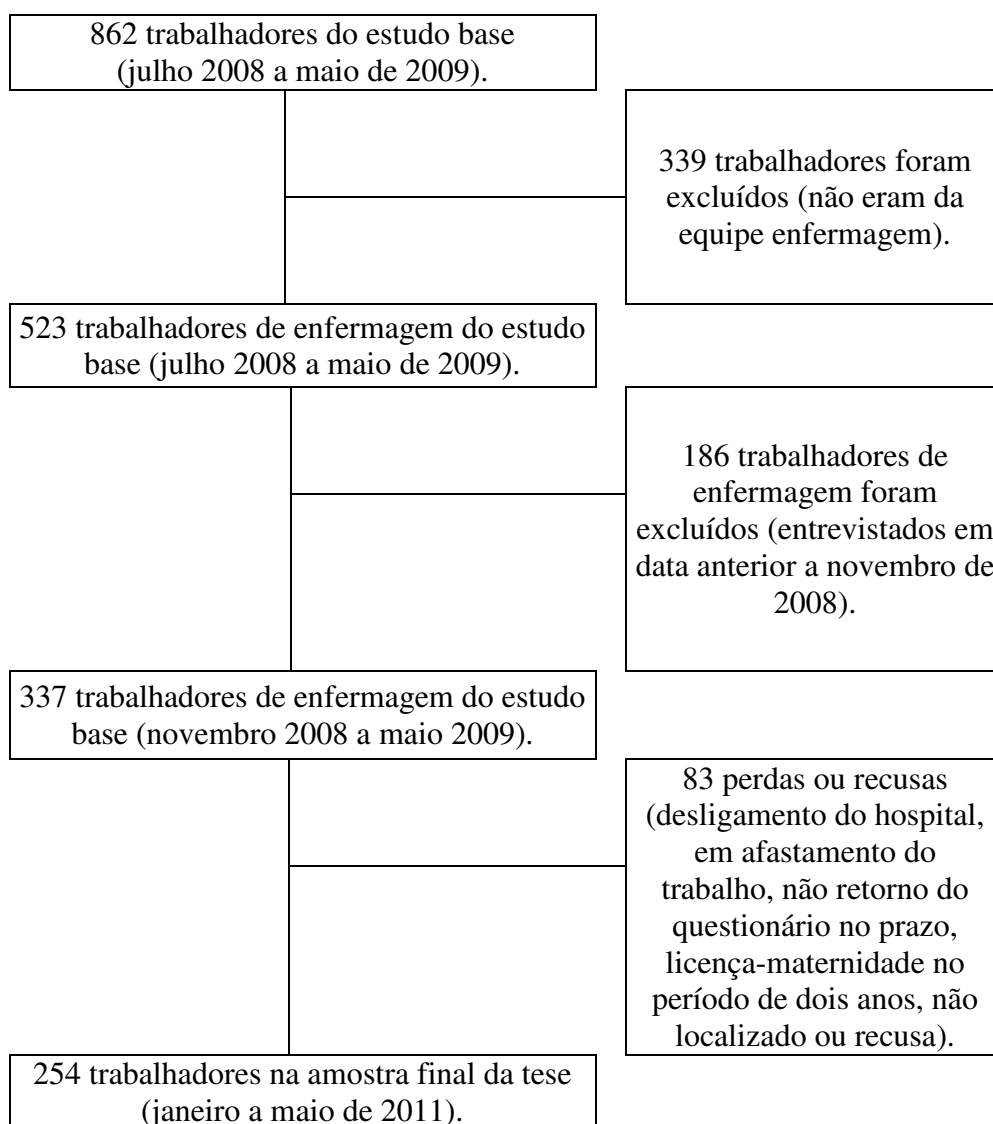


Figura 1 – Diagrama ilustrativo da população e amostra do estudo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

5.4 Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados mediante um instrumento composto de quatro partes: questionário para caracterização da amostra (Apêndice B), ICT (Anexo B), *SRQ-20* (Anexo C) e *JSS* (Anexo D), os quais são descritos a seguir.

5.4.1 Instrumento para caracterização da amostra

A primeira parte do questionário utilizado foi elaborada pelo grupo de pesquisa em que o autor do presente relatório está vinculado, com base na experiência profissional dos pesquisadores e na literatura específica. Visou a coletar dados de identificação do trabalhador e informações referentes à característica do trabalho (Apêndice B). Entre os autores que elaboraram esse instrumento: três eram docentes de enfermagem com título de doutor; três eram docentes de enfermagem com título de mestre; dois médicos do serviço de medicina ocupacional e uma enfermeira do mesmo serviço.

Algumas variáveis de identificação investigadas na primeira etapa do estudo foram novamente pesquisadas. Com essa medida buscou-se analisar se a mudança em algumas dessas variáveis influenciou o desfecho.

5.4.2 Índice de Capacidade para o Trabalho

A segunda parte do instrumento foi composta pelo ICT (Anexo B), uma escala com questões tipo Likert utilizada para analisar a capacidade para o trabalho. Foi desenvolvida e validada na Finlândia entre os anos de 1981 e 1982. Trata-se de uma escala auto aplicável, requerendo capacidade de interpretação e compreensão dos itens. Por isso, é recomendado uma escolaridade mínima de quatro anos para os sujeitos⁽¹⁷⁾.

No Brasil, o ICT foi traduzido e adaptado para o português no final da década de 1990, por um grupo de pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), em colaboração com outras universidades e instituições brasileiras⁽¹⁷⁾. Em pesquisa com trabalhadores de empresa do setor elétrico, a versão brasileira do ICT mostrou propriedades psicométricas satisfatórias quanto à validade de constructo, de critério e de confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,72)⁽⁹⁷⁾. Com trabalhadores de empresa do setor mecânico, o instrumento apresentou níveis de confiabilidade teste reteste aceitáveis, com coeficiente de correlação intraclasse de 0,88 (IC95%= 0,78 a 0,88) e coeficiente Kappa de 0,72 (IC95%= 0,56 a 0,87)⁽⁹⁸⁾. Ainda, no estudo realizado com enfermeiros do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), de Porto Alegre, o alfa de Cronbach para o ICT foi de 0,77, mantendo aceitabilidade estatística⁽¹⁾. Coeficientes acima de 0,7 são usualmente satisfatórios, sendo que 0,8 ou mais são considerados excelentes. Valores

baixos para consistência interna indicariam que alguns dos itens individuais poderiam medir características diferentes⁽⁹⁹⁾.

Os aspectos avaliados, por este questionário, permitem a descrição de um perfil geral da capacidade para o trabalho, da capacidade funcional e dos fatores que a afetam, por meio de sete dimensões:

- 1) capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda sua vida;
- 2) capacidade para o trabalho em comparação às exigências do trabalho;
- 3) número total de doenças autopercebidas e diagnosticadas pelo médico;
- 4) perda estimada no trabalho devido à doença;
- 5) falta ao trabalho por doença;
- 6) prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho e
- 7) recursos mentais.

Os resultados das sete dimensões fornecem um escore que varia de 7 a 49 pontos. De acordo com o escore, a capacidade para o trabalho pode ser classificada da seguinte maneira: 7 a 27 pontos = baixa; 28 a 36 = moderada; 37 a 43 = boa e 44 a 49 = ótima. Os resultados retratam o conceito do próprio trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho e podem ser usados de forma coletiva ou individual, no intuito de restaurar, melhorar e manter a capacidade para o trabalho, bem como prever o risco de incapacidade para um futuro próximo. O cálculo do escore do ICT é com base na soma dos pontos recebidos para cada uma das perguntas, e difere conforme o tipo de exigência (físicas ou mentais) do trabalho. A forma detalhada do cálculo pode ser encontrada na publicação específica brasileira⁽¹⁷⁾.

O ICT, por meio de suas questões, avalia principalmente aspectos sobre a saúde/capacidade física dos trabalhadores, com diversas questões relacionadas à presença de doenças. Assim, utilizou-se o ICT para investigar, além da capacidade para o trabalho, o número de doenças e de doenças osteomusculares com diagnóstico médico (DM) dos trabalhadores de enfermagem.

5.4.3 *Self-Report Questionnaire*

Na terceira parte do instrumento (Anexo C), constou o *SRQ-20*, questionário autoaplicável desenvolvido pela OMS e traduzido para diversos idiomas. Avalia elementos relativos à saúde mental, sendo recomendado pela OMS como *screening* para suspeição de

DPM⁽¹⁰⁰⁻¹⁰¹⁾. Abrange sintomas não-psicóticos como insônia, irritabilidade, esquecimento, fadiga, concentração e queixas somáticas^(15-16,70). Optou-se por utilizar esse instrumento com a finalidade de analisar a saúde mental dos trabalhadores de enfermagem.

Em sua versão original, o SRQ incluía 24 itens, sendo os primeiros 20 itens para triagem de distúrbios não psicóticos e os quatro últimos para detecção de distúrbios psicóticos⁽⁷⁰⁾. Na versão em português, o SRQ-20 possui 20 itens dicotômicos (do tipo sim/não) para avaliação/suspeição de DPM (os primeiros 20 itens da versão original). As questões a serem respondidas referem-se a sintomas e problemas ocorridos no mês anterior à realização da entrevista. Cada resposta “sim” representa um ponto no escore final. Desta forma, a variação de escores está compreendida entre zero e vinte. Pode ser aplicado sob a forma de questionário ou entrevista – conforme nível educacional dos respondentes⁽¹⁰¹⁾.

Convém salientar, uma vez mais, que o SRQ-20 é um instrumento de triagem e destina-se à detecção de sintomas, sendo útil para a mensuração de nível de suspeição (presença/ausência) de transtorno mental. Assim, pode ter alcance relevante no campo da saúde pública e da pesquisa, mas apresenta limitações evidentes para orientação da intervenção clínica e diagnóstico⁽⁷⁰⁾.

No Brasil, o *SRQ-20* foi validado, em 1986, em pacientes adultos em cuidados primários de saúde da cidade de São Paulo (comparado com o instrumento semiestruturado *Clinical Interview Schedule*), apresentando 83% de sensibilidade e 80% de especificidade, com ponto de corte 7/8. Contudo, foram encontrados pontos de corte diferente para homens (5/6, com sensibilidade de 89% e especificidade de 81%) e para mulheres (7/8, com sensibilidade de 86% e especificidade de 77%)⁽¹⁰¹⁾. Em outro estudo⁽¹⁰²⁾, realizado com a população da rede básica de saúde, o *SRQ-20* apresentou como ponto de corte ideal 7/8, independente do sexo, com sensibilidade de 96,3% e especificidade de 89,3% (comparado com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*). O poder discriminante para o diagnóstico psiquiátrico foi 0,91 e o alfa de Cronbach foi 0,86.

Recentemente, pesquisadores analisaram as propriedades psicométricas do *SRQ-20* em população urbana de trabalhadores, encontrando coeficiente de consistência interna geral e padronizada de 0,80, apontando o desempenho aceitável do instrumento para avaliar DPM em âmbito ocupacional⁽¹⁰⁰⁾. No presente estudo, foi utilizado o ponto de corte 7/8 pontos para suspeição de DPM, tanto para homens quanto para mulheres, conforme utilizado em outros estudos da área de saúde do trabalhador^(80,103-104) e recomendação da literatura⁽¹⁰²⁾ que avaliou especificidade, sensibilidade e poder discriminante, como supracitado.

5.4.4 Job Stress Scale

Na quarta parte do instrumento, usou-se a *JSS* (Anexo D), para avaliação do estresse no trabalho. Foi utilizada uma versão reduzida do questionário originalmente elaborado por Karasek, com 49 perguntas. A *JSS* foi elaborada na Suécia por Theorell (1988), contendo 17 questões: cinco para avaliar Demanda, seis para avaliar Controle e seis para Apoio Social⁽⁷⁹⁾.

O modelo bidimensional proposto por Karasek relacionava dois aspectos – Demandas e Controle no trabalho – ao risco de adoecimento, centrado na organização do trabalho. No Modelo Demanda-Controle (MDC), escores médios são alocados em quatro quadrantes a fim de expressar as relações entre Demandas e Controle (Figura 2). A conjugação de grandes Demandas psicológicas com baixo Controle sobre o processo de trabalho caracteriza Alta Exigência ("*job strain*") ao trabalhador, com prejuízo à sua saúde. Também nociva é a situação em que coexistem baixas Demandas e baixo Controle (Trabalho Passivo), pois podem gerar perda de habilidades e desinteresse. Em contrapartida, quando altas Demandas e alto Controle coexistem, os indivíduos experimentam o processo de trabalho de forma ativa: ainda que as demandas sejam excessivas, elas são menos danosas, pois o trabalhador pode escolher como planejar suas horas de trabalho conforme seu ritmo biológico e criar estratégias para lidar com suas dificuldades. A situação "ideal", de Baixa Exigência, conjuga baixas Demandas e alto Controle do processo de trabalho⁽⁷⁹⁾.

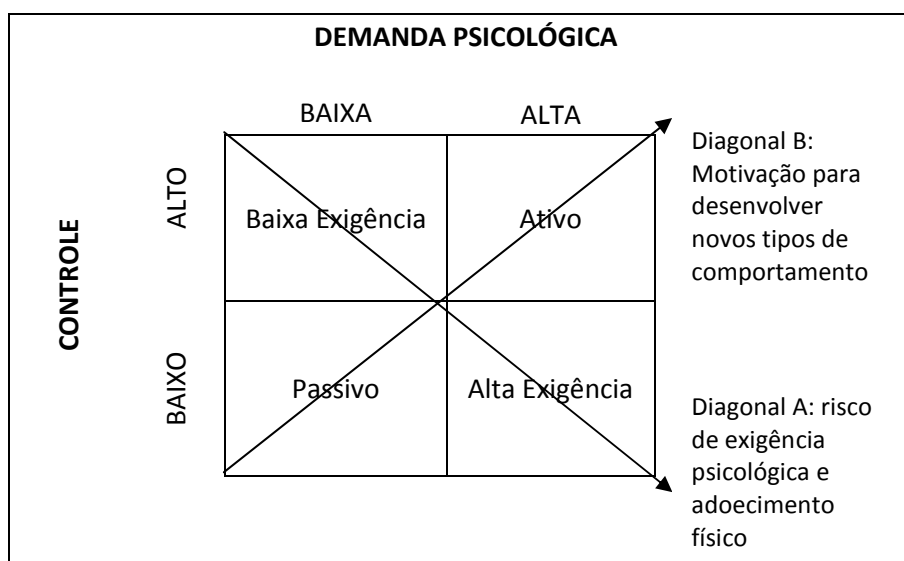


Figura 2 – Quadrantes do Modelo Demanda-Controle de Karasek.

Um estudo⁽⁷⁹⁾ para validação da escala foi realizado, em 2004, entre 94 indivíduos, permitindo estimativas de reprodutibilidade (coeficientes de correlação intraclasse) para as dimensões de Demanda, Controle e Apoio Social da escala de 0,88, 0,87 e 0,85, respectivamente. Para as mesmas dimensões, as estimativas de consistência interna (coeficientes alfa de Cronbach) foram, respectivamente, 0,79, 0,67 e 0,85. Os resultados sugerem que o processo de adaptação da escala foi bem sucedido, indicando que o questionário pode ser utilizado no Brasil.

No estudo com enfermeiros do GHC, de Porto Alegre, encontrou-se alfa de Cronbach 0,72 na dimensão Demanda, 0,65 na dimensão Controle e 0,77 no Apoio Social, indicando valores satisfatórios⁽¹⁾.

5.5 Variáveis em estudo

Com base na literatura específica, investigaram-se algumas variáveis relacionadas ao absenteísmo, descritas abaixo.

5.5.1 Variáveis preditoras

As variáveis sociodemográficas e de saúde preditoras para o absenteísmo são:

- Sexo: masculino e feminino.
- Idade: mensurada em anos completos. Também foi categorizada segundo faixas etárias (até 39 anos ou 40 anos ou mais).
- Anos de estudo: mensurada em anos completos. Para análise bivariada e multivariada, foi agrupada em faixas (até doze anos ou treze anos ou mais).
- Situação conjugal: avaliada em duas categorias (casado/com companheiro ou solteiro/sem companheiro).
- Número de filhos: mensurada em número absoluto e posteriormente agrupada em categorias (sim ou não e um/dois filhos ou três filhos ou mais).

- Horas de sono nas 24 horas: coletada em horas absolutas de sono ao dia, posteriormente agrupada em até sete horas ou oito horas ou mais.

- Atividade Física Regular três vezes na semana: dicotomizada em sim ou não.

- Índice de Massa Corporal: calculado pela seguinte fórmula: $\text{peso}/\text{altura}^2$. O IMC foi agrupado em normal e alterado. Para a categoria normal, foram considerados valores entre 20 e $24\text{kg}/\text{m}^2$. Foram classificados como alterados os valores de IMC abaixo de $20\text{kg}/\text{m}^2$ (baixo peso) ou iguais ou maiores a $25\text{kg}/\text{m}^2$ (sobrepeso e obesidade)⁽²³⁾.

- Tempo para lazer: dicotomizada em sim ou não, conforme avaliação do entrevistado.

- Doença(s) com Diagnóstico Médico (DM): mensurada em número absoluto e posteriormente dicotomizada em sim ou não. Foi coletada a partir do questionário ICT, sendo autorreferida.

- Doença(s) osteomuscular(es) com DM: autorreferida, mensurada em número absoluto e posteriormente dicotomizada em sim ou não. Foi coletada a partir do item do ICT, "Número Atual de Doenças Diagnosticadas por Médico", especificamente o item relativo às doenças em estudo. A questão resgata a ocorrência destes eventos nos últimos doze meses, isto é, o número de doenças osteomusculares referidas e ocorridas no último ano. As doenças músculo- esqueléticas que abrangem este estudo são: doenças da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes; doença da parte inferior das costas, com dores frequentes; dor nas costas que se irradia para a perna (ciática); doença músculo-esquelética afetando os membros (braços e pernas), com dores frequentes; artrite reumatóide e outra doença músculo esquelética, citando qual^(11,17).

- DPM: medida pelo *SRQ-20*. Utilizou-se o ponto de corte 7/8 para a suspeição de distúrbios psiquiátricos menores, tanto para homens quanto para mulheres⁽¹⁰²⁾.

As variáveis laborais preditoras para o absenteísmo são:

- Cargo/Profissão: avaliada, primeiramente, em três categorias (enfermeiros, técnicos de enfermagem ou auxiliares de enfermagem). Para análise estatística, foi agrupada em enfermeiros ou técnicos/auxiliares de enfermagem.

- Setor de trabalho: coletada conforme nome do setor de trabalho informado pelo entrevistado. Foi agrupado em Unidade de Internação Adulto (unidades de internação clínica ou cirúrgica), Unidade de Internação Pediátrica (oncologia pediátrica, internação pediátrica, neonatologia), Unidade de Alta Complexidade (UTIs adulto, UTI pediátrica, centro cirúrgico, sala de recuperação e emergência) e Unidade de Atendimento Ambulatorial (ambulatório, hemodiálise, hospital dia, unidade básica de saúde e banco de sangue). Posteriormente foi

dicotomizada em Unidade de Alta Complexidade ou Unidade de Internação, sendo excluídos aqueles trabalhadores das Unidades de Atendimento Ambulatorial.

- Turno de trabalho: avaliado em manhã, tarde, noite, noturno, intermediário, final de semana e diurno. Posteriormente foi dicotomizado em manhã/tarde ou outros.

- Outro emprego: dicotomizada em sim ou não.

- Satisfação com o local de trabalho: dicotomizada em sim ou não.

- Satisfação com a escala de trabalho: dicotomizada em sim ou não.

- Satisfação com a remuneração: escala análogo-visual, de 0 a 100 milímetros.

- Estresse no trabalho: mensurado pela *JSS*. O estresse no trabalho foi analisado conforme MDC proposto por Karasek, que classifica as exigências do trabalho em quatro quadrantes: Alta Exigência (alta Demanda de trabalho e baixo Controle), Trabalho Ativo (alta Demanda e alto Controle), Baixa Exigência (baixa Demanda e alto Controle) e Trabalho Passivo (baixa Demanda e baixo Controle). A alta ou baixa Demanda foi definida conforme análise da maior mediana entre as duas coletas de dados (mediana 14). Assim, utilizou-se o ponto de corte 14/15 para compor as dimensões baixa ou alta Demanda. A mesma técnica da mediana foi utilizada para formar a dimensão Controle (mediana 18), utilizando-se, assim, o ponto de corte 18/19 para baixo ou alto Controle. O estresse laboral também foi dicotomizado da seguinte forma: Alta Exigência ou Trabalho Passivo formaram a categoria trabalho estressante e Baixa Exigência ou Trabalho Ativo compuseram a categoria trabalho não-estressante.

- Apoio Social: medido por seis questões da *JSS*, foi dicotomizado em baixo Apoio Social (≤ 20 pontos) ou alto Apoio Social (≥ 21 pontos), a partir da definição da sua maior mediana (20) entre as duas coletas de dados.

Também foi investigada a capacidade para o trabalho por meio do ICT. De acordo com o escore, a capacidade para o trabalho foi classificada da seguinte maneira: 7 a 27 pontos = baixa; 28 a 36 = moderada; 37 a 43 = boa e 44 a 49 = ótima⁽¹⁷⁾. Além disso, também foi dicotomizado em baixo/moderado ou bom/ótimo. O ICT foi utilizado como fundamentação teórica às discussões do estudo (para uma visão geral da capacidade laboral dos trabalhadores), bem como para investigar as doenças com diagnóstico médico. A capacidade para o trabalho não foi associada ao absentéismo devido à viés estatístico, pois o ICT considera as faltas ao trabalho para compor o escore final, o que tenderia para associação.

5.5.2 Variável de desfecho

A variável de desfecho foi absenteísmo. Os dias não trabalhados foram considerados absenteísmo por doença nas seguintes situações: acidente de trabalho, licença-saúde, falta sem justificativa ou afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Atraso, apesar de contar como hora ausente de trabalho, não foi considerado para fins de análise neste estudo.

As faltas por acidente de trabalho são os dias não trabalhados (até 15 dias) por motivo de acidente de trabalho que podem ou não ocasionar afastamento para o INSS. As licenças-saúde compreendem os dias não trabalhados (até 15 dias) por motivo de doença que podem ou não causar afastamento pelo INSS⁽¹⁰⁷⁾.

As faltas sem justificativa compreendem as ausências decorrentes do não cumprimento integral da jornada diária de trabalho acrescido da inexistência de justificativa legal. Os afastamentos pelo INSS são os dias não trabalhados por motivo de doença ou acidente de trabalho, que excedem os 15 dias de ausência⁽¹⁰⁷⁾.

Para a variável absenteísmo, foram utilizados os seguintes parâmetros e suas definições^(21,91,108):

- taxa de absenteísmo: também denominada, em outros estudos, de porcentagem de absenteísmo ou proporção de tempo perdido por absenteísmo. Reflete a porcentagem de horas de absenteísmo durante um determinado período (neste estudo, um ou dois anos), ou seja, o percentual da força de trabalho perdido em relação à força de trabalho prevista. A taxa é calculada pela seguinte fórmula: taxa de absenteísmo = número de horas de ausências/horas previstas X 100^(34,109).

- horas de absenteísmo: número de horas de absenteísmo em determinado período (um ou dois anos).

Os trabalhadores também foram divididos entre aqueles com ou sem absenteísmo e aqueles com taxa elevada de absenteísmo (denominados de absenteísmo elevado). Para definir os trabalhadores com absenteísmo elevado, utilizou-se como critério aqueles pertencentes ao maior intervalo quartil da amostra (quartil 75%), na análise da taxa de absenteísmo.

Foram considerados fatores de risco para ao absenteísmo as seguintes características na primeira coleta de dados: o escore de oito ou mais pontos no *SRQ-20* e/ou trabalho classificado como estressante (Trabalho Passivo ou de Alta Exigência, conforme MDC da *JSS*), bem como os trabalhadores do sexo feminino, com idade igual ou superior a 40 anos,

casados ou com companheiro, com filhos, com menos de oito horas de sono/dia, que não praticam atividade física regular, com IMC alterado, com doenças com DM, trabalhadores de unidade de alta complexidade ou dos turnos manhã/tarde, técnicos ou auxiliares de enfermagem, com outro emprego, sem tempo para lazer, insatisfeitos com local/escala de trabalho ou remuneração e com baixo Apoio Social.

5.6 Protocolo do estudo

Este estudo constitui a segunda etapa do projeto “Avaliação dos fatores potencializadores de saúde e adoecimento dos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”, do Grupo Interdisciplinar em Saúde Ocupacional da EEnf-UFRGS. O primeiro acompanhamento com cada trabalhador foi realizado entre os meses de julho de 2008 e maio de 2009.

A segunda etapa averiguou, novamente, a capacidade para o trabalho (ICT), a suspeição de DPM (*SRQ-20*) e o estresse no trabalho (*JSS*), nesses trabalhadores, bem como o absenteísmo, considerando o período de dois anos a partir da primeira coleta de dados com cada sujeito. Foi concedida uma margem de dois meses (retro ou prospectivamente) para a data da segunda entrevista em relação ao mês da primeira entrevista com cada indivíduo, considerando a coorte de dois anos. Assim, caso o sujeito tenha respondido ao questionário em março de 2009, o mesmo foi entrevistado entre janeiro e maio de 2011, bem como foi averiguado o seu índice de absenteísmo de março de 2009 até fevereiro de 2011 (dois anos).

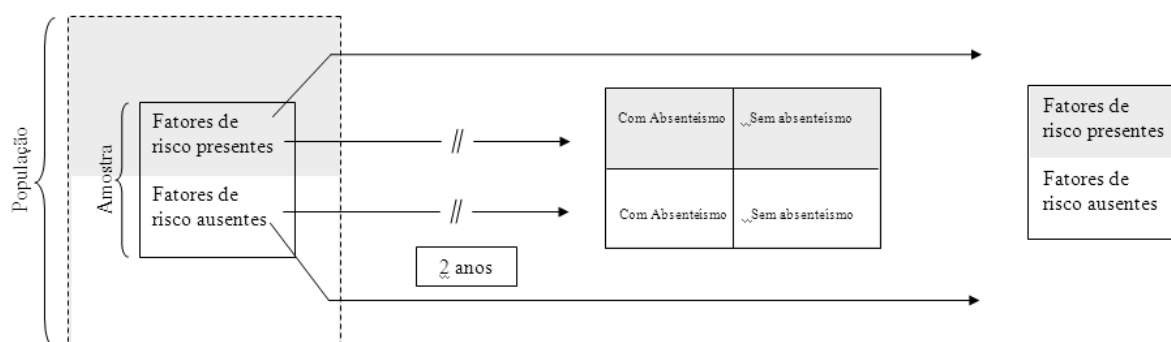


Figura 3 – Delineamento do estudo.

O critério de vinte e quatro meses para o acompanhamento do absenteísmo foi utilizado tendo em vista a questão da sazonalidade envolvendo essa variável^(34,90,110). A sazonalidade compreende as oscilações periódicas de frequência de doenças e/ou eventos relacionadas às mudanças de temperatura ambiental e estações do ano, que estão associadas a maior incidência de doenças, por exemplo: no inverno há o aumento de infecções transmitidas por vias respiratórias, podendo ocasionar maior absenteísmo por doenças⁽¹¹¹⁾.

O viés de sazonalidade abrange aspectos referentes às férias, aos feriados e às questões climáticas (temperatura, estação do ano, horário de verão/inverno e duração dos dias), que podem ter relação com a saúde do trabalhador⁽⁹⁰⁾. Assim, considerando um período que englobe dois anos completos para cada sujeito, o mesmo percorreria, de igual forma, por todas as estações climáticas e período de férias.

A coleta de dados ocorreu no próprio hospital, em um momento em que o trabalhador pudesse responder, sem comprometer suas atividades, dentro do período de trabalho. Foi permitido, quando solicitado pelo trabalhador, que o preenchimento dos questionários ocorresse em outro momento, sendo estipulado e acordado o dia para devolução dos mesmos. A coleta de dados foi realizada por três bolsistas de iniciação científica (duas do GISO-UFRGS e uma da Universidade Luterana do Brasil), acadêmicas de enfermagem (entre o quinto e o sétimo semestre do curso), previamente treinadas pelo pesquisador principal.

O absenteísmo foi coletado na base nos dados fornecidos pelo HCPA, mediante consulta ao sistema de Informações Gerenciais (IG). Foi pesquisado a partir do número do cartão ponto e/ou nome completo do sujeito fornecido na primeira etapa das entrevistas. Os dados foram transportados do sistema IG para uma planilha do *Microsoft Office Excell*®.

O IG é uma ferramenta *business intelligence*, em ambiente eletrônico, que se caracteriza por um conjunto de conceitos e métodos que visam a apoiar a tomada de decisões, contribuindo, também para pesquisas, relatórios e análises estatísticas. O objetivo primordial do IG é conhecer os indicadores internos da instituição e compará-los no ambiente externo. Nessa perspectiva, salienta-se que o HCPA integra o Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH) e o Grupo de Gestão e Informações de Recursos Humanos (GGIRH). O SIPAGEH abrange 160 hospitais, a maioria pertencente ao Rio Grande do Sul. Visa ao compartilhamento de informações e à comparação de resultados como forma de gerar planos de melhoria. Por sua vez, o GGIRH é composto por nove hospitais de Porto Alegre e focaliza indicadores referentes a recursos humanos^(34,94).

5.7 Análise estatística

Os dados foram analisados por meio de um banco de dados utilizando-se o *software Statistical Package for the Social Sciences*® versão 17. Foi realizada dupla digitação buscando-se averiguar os possíveis erros de inserção de dados, tanto na primeira quanto na segunda coleta. A análise foi realizada pelo pesquisador principal com assessoria estatística fornecida pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA.

Para a caracterização dos sujeitos, os dados foram analisados por estatística descritiva – frequência, porcentual, medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão e intervalos quartis).

Foi realizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk para verificar a distribuição da variável dependente entre as categorias estudadas. Quando a distribuição foi simétrica, realizou-se o teste t de *Student*, para comparação de grupos e o teste t pareado para comparar os dados (antes e depois). Quando a distribuição foi assimétrica, utilizaram-se os testes de Mann-Whitney (para comparar variáveis dicotômicas), Wilcoxon (antes e depois) e a análise de modelos lineares generalizados (*Generalized Linear Model – GLM*) com distribuição *Gamma* (em variáveis categóricas não dicotômicas), devido à característica da distribuição dos dados, exposta no histograma Figura 4.

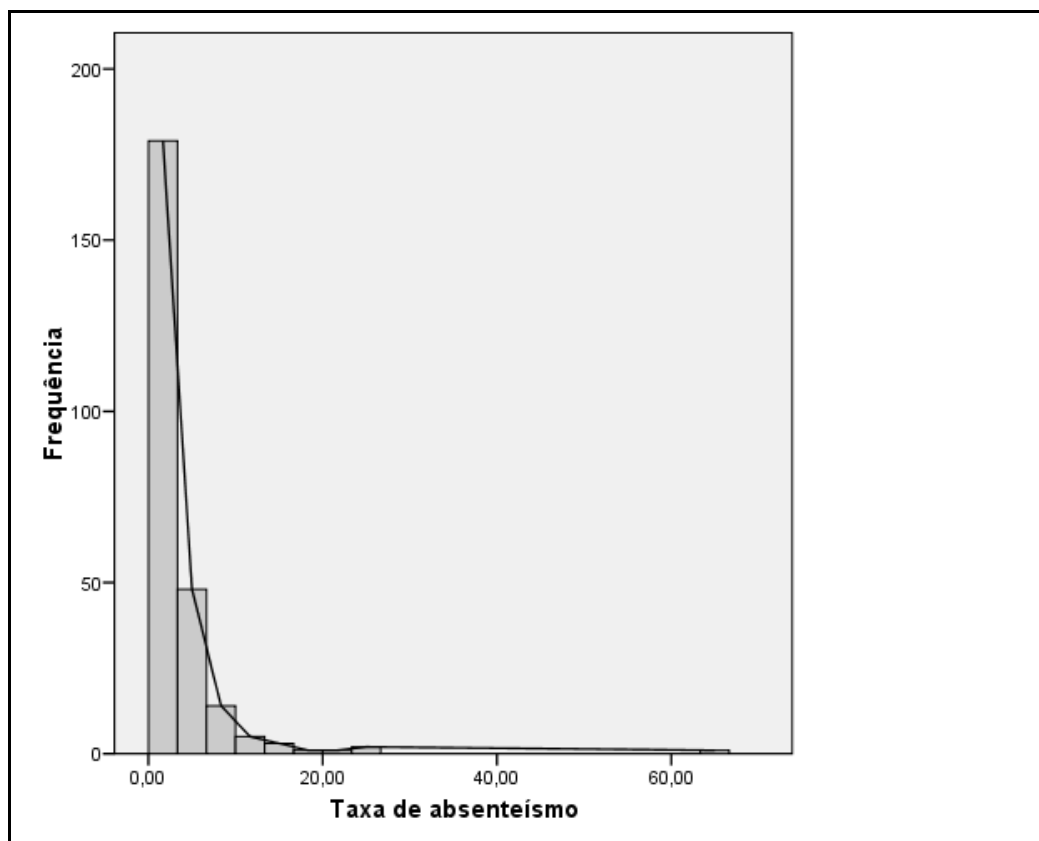


Figura 4 – Histograma da distribuição da taxa de absenteísmo da amostra.

Para verificar associações com variáveis categóricas, foi usado o teste de Qui-quadrado (com Correção de Continuidade de Yates nas tabelas 2X2) e Exato de Fisher (quando pelo menos 25% das células apresentaram frequência esperada menor do que cinco). A comparação entre tempos (antes e depois), para as variáveis categóricas, foi realizada pela análise de McNemar. Para verificar associação das variáveis assimétricas, foi usada correlação de Spearman. A confiabilidade interna dos instrumentos foi calculada pelo coeficiente alfa de Cronbach.

Na avaliação da força de associação entre o desfecho (apresentou absenteísmo ou absenteísmo elevado) e as variáveis predictoras, foi utilizado o risco relativo (RR), calculado pela seguinte fórmula: coeficiente de incidência do grupo com fator de risco/coeficiente de incidência do grupo sem fator de risco. O RR é estimado em estudos de incidência, como nos estudos de coorte e nos ensaios clínicos⁽¹¹²⁾.

Assim, o RR é a razão entre o risco de ocorrência de uma doença em um grupo com fator de risco e o risco de ocorrência em um grupo que não tem o fator de risco. Ele informa quantas vezes a ocorrência do desfecho é maior no grupo de risco quando comparado com o grupo sem risco⁽¹¹²⁾.

Para as análises multivariadas, foram escolhidas a análise de regressão de Poisson e os *GLM* com distribuição *Gamma*. Fizeram parte dos modelos multivariados as variáveis que apresentaram $p \leq 0,2$ na análise com o desfecho.

Foi realizada análise de regressão de Poisson entre as variáveis preditoras e o desfecho dicotomizado (absenteísmo elavado *versus* os outros, considerados como o grupo de referência). Quando o desfecho foi analisado como variável contínua (taxa de absenteísmo em dois anos), foram utilizados os *GLM* com distribuição *Gamma*.

Neste estudo, foram considerados estatisticamente significativos os dados com valor de *p* bicaudal menor do que 0,05 ou com intervalo de confiança de 95%.

5.8 Considerações éticas

Os princípios éticos foram respeitados, protegendo-se os direitos dos indivíduos envolvidos, levando-se em consideração as determinações mencionadas pelas Normas de Pesquisa em Saúde referidas pela Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde e as subsequentes⁽¹¹³⁾. A autonomia, a privacidade e o anonimato dos sujeitos foram preservados.

A primeira etapa do projeto foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA, protocolado com o número 07/482 (Anexo A). Todos os indivíduos assinaram ao TCLE. Uma via do termo ficou com os pesquisadores e a outra com o entrevistado.

Este projeto de tese de doutorado, em sua íntegra, foi autorizado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (Anexo E) e novamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (protocolado com o número 100582, Anexo F) para coleta das informações sobre o absenteísmo via sistema IG e para a segunda etapa da coleta de dados dos sujeitos. Nesta segunda etapa, também foi utilizado um TCLE (Apêndice A) e um Termo de Compromisso para Utilização dos Dados (Apêndice C) coletados na base de dados do HCPA - sistema IG, para informações do absenteísmo.

6 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão distribuídos em 22 tabelas, dispostas ao longo de três seções. A primeira apresenta as perdas e as recusas do estudo. Na seção seguinte, são apresentadas as características sociodemográficas, de saúde e laborais dos trabalhadores de enfermagem, bem como a consistência interna dos instrumentos utilizados para caracterizar o estresse laboral e a suspeição de DPM. A terceira seção trata do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem, dividida em subseções que abordam o desfecho conforme a categorização das variáveis.

6.1 Perdas e recusas

Dos 337 trabalhadores selecionados por conveniência para a segunda coleta de dados (64,4% dos 523 sujeitos do estudo base), houve algumas perdas e recusas, as quais são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das perdas e recusas dos trabalhadores da amostra. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Situação	n	%
Trabalhadores de enfermagem da coorte	337	100
Perdas		
Desligamento do hospital	32	9,5
Em afastamento do trabalho por INSS ou licenças-saúde/maternidade durante segunda coleta	19	5,7
Não retornaram o questionário no prazo	16	4,9
Licença-maternidade no período de dois anos	8	2,3
Não localizados	5	1,4
Recusa em participar da segunda coleta	3	0,8
Total de perdas	83	24,6
Amostra para a coorte	254	

Verificou-se um total de 24,6% perdas ou recusas, a maioria relacionada ao desligamento do hospital (não fazendo mais parte do quadro de trabalhadores do grupo de

enfermagem) ou por estarem, no momento da segunda coleta de dados, em licença do trabalho por motivos de saúde ou de maternidade.

O desligamento do hospital pode ter ocorrido da seguinte forma: solicitado pelo trabalhador, a pedido do hospital, aposentadoria, término do contrato temporário ou falecimento. Esses trabalhadores participaram do estudo base, mas não compuseram a amostra da presente pesquisa. Não foi possível identificar, pelo sistema IG, qual o motivo do desligamento dos trabalhadores.

6.2 Características da amostra

6.2.1 Características dos trabalhadores e do trabalho em enfermagem

Os dados referentes às características sociodemográficas, de saúde e laborais dos trabalhadores de enfermagem são apresentados nas Tabelas 2 e 3, tanto da primeira quanto da segunda coleta. Quando os resultados das variáveis foram estatisticamente semelhantes nos dois tempos de coleta, optou-se por relatar somente aqueles da primeira coleta.

Verificou-se predomínio de indivíduos do sexo feminino (88,6%), com média de idade de 42 anos, casados ou com companheiro (61,5%) e com média de 12,6 anos de estudo. A maioria possuía filho(s) (75,5%), não realizava atividade física regular (67,9%), possuía tempo para lazer (91,3%) e dormia uma média de 7,2 horas/dia. Ainda, 63,5% estavam com o IMC alterado, 74,8% possuíam alguma doença com DM e 43,3% alguma doença osteomuscular com DM. A suspeição de DPM, conforme escore do *SRQ-20*, prevaleceu em 20 (8,1%) indivíduos na primeira coleta. Com relação ao sono, 10,4% (dado não tabelado) apresentaram alteração na hora de sono diária (considerando os indivíduos com relato de sono inferior a seis horas/dia).

Tabela 2 – Características sociodemográficas e de saúde dos trabalhadores de enfermagem. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Primeira coleta	Segunda coleta	p
	n=254	n=254	
Sexo feminino*	225(88,6)		
Idade (anos) †	42,1±7,7		
Situação conjugal*			0,73 [£]
Casado/com companheiro	150(61,5)	154(62,3)	
Solteiro/sem companheiro	94(38,5)	93(37,7)	
Anos de estudo †	12,6±2,8	13,2±3,2	<0,01 [¥]
Possui filho(s)*	191(75,5)		
Número de filhos ‡	2(1-2)		
Realiza atividade física*	81(32,1)	94(37,2)	0,09 [£]
Tempo para lazer*	230(91,3)	228(91,6)	1,00 [£]
Horas de sono diária †	7,2±1,5	7,3±1,5	0,20 [¥]
IMC †	25,9±4,1		
Classificação IMC*			
Baixo peso	13(5,2)		
Normal	100(39,7)		
Sobrepeso	92(36,5)		
Obeso	47(18,6)		
Doença(s) com DM*	190(74,8)	192(75,6)	0,89 [£]
Número de doenças com DM ‡	2(0-4)	2(1-3)	0,73 [§]
Doença osteomuscular com DM*	110(43,3)	117(46,1)	0,47 [£]
Número de doenças osteomusculares com DM ‡	2(1-2)	2(1-2)	0,70 [§]
Escore SRQ-20 ‡	2(1-4)	2(0-3)	<0,01 [§]
Suspeição de DPM*	20(8,1)	15(6)	0,33 [£]

*Variável expressa como n(%); †variável expressa como média±desvio padrão; ‡variável expressa como mediana (quartis 25-75); £Análise estatística pelo teste de McNemar; ¥Análise estatística pelo teste t pareado; §Análise estatística pelo teste de Wilcoxon.

Legenda: IMC: Índice de Massa Corporal em kg/m²; DM: Diagnóstico médico; SRQ: *Self-Report Questionnaire*; DPM: Distúrbios psiquiátricos menores.

Os dados referentes ao número de filhos na segunda coleta não foram apresentados, pois a gravidez, no intervalo entre as duas coletas, foi critério de exclusão. O IMC não foi verificado na segunda coleta por dificuldades logísticas (tempo), de material e de recursos humanos.

Na Tabela 3 é possível identificar as características laborais dos trabalhadores de enfermagem.

Tabela 3 – Características laborais dos trabalhadores de enfermagem em relação ao hospital do estudo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Primeira coleta	Segunda coleta	p
	n=254	n=254	
Profissão*			
Enfermeiro	55(21,7)		
Técnico de Enfermagem	107(42,1)		
Auxiliar de Enfermagem	92(36,2)		
Setor de trabalho*			<0,01 [‡]
Unidade Internação Adulto	114(44,9)	100(39,4)	
Unidade Internação Pediátrica	60(23,6)	50(19,7)	
Unidade Alta Complexidade	74(29,1)	93(36,6)	
Unidade Atendimento Ambulatorial	6(2,4)	9(4,3)	
Turno de trabalho*			0,15 [‡]
Manhã	55(21,7)	57(22,4)	
Tarde	65(25,6)	56(22)	
Noite	122(48)	134(52,8)	
Outro	12(4,7)	7(2,8)	
Outro emprego	15(5,9)	24(9,4)	0,10 [‡]
Satisfeito com local de trabalho*	244(96,4)	231(92)	0,01 [‡]
Satisfeito com escala de trabalho*	190(75,1)	170(67,5)	0,01 [‡]
Satisfação com remuneração (em %)[†]	71,4±20,3	64,4±21,4	<0,01 [£]
Escore ICT[†]	41±4,9	40,4±4,7	0,06 [£]
Classificação ICT*			0,36 [‡]
Baixa	3(1,4)	3(1,2)	
Moderada	36(16,6)	44(17,4)	
Boa	108(49,8)	134(53)	
Ótima	70(32,2)	72(28,4)	
Classificação do trabalho JSS*			0,44 [‡]
Alta Exigência	69(29)	72(29)	
Trabalho Passivo	91(38,2)	96(38,7)	
Trabalho Ativo	18(7,6)	28(11,3)	
Baixa Exigência	60(25,2)	52(21)	
Apoio Social			0,90 [‡]
Alto Apoio	88(35,8)	90(36)	
Baixo Apoio	158(64,2)	160(64)	

*Variável expressa como n(%);[†] variável expressa como média±desvio padrão; [‡]Análise estatística pelo teste de McNemar; [£]Análise estatística pelo teste t pareado.

Legenda: ICT: Índice de Capacidade para o Trabalho; JSS: *Job Stress Scale*.

A amostra foi composta, majoritariamente, por técnicos e auxiliares de enfermagem (78,3%), de trabalhadores de Unidade de Internação Adulto (44,9%), do turno da noite (48%) e com um emprego (5,9%). A maioria estava satisfeita com o local (96,4%) e com a escala de

trabalho (75,1%), sendo 71,4% a média de satisfação com a remuneração, em um escala análogo-visual de zero (total insatisfação) a cem milímetros (total satisfação).

O escore médio do ICT foi de 41 pontos (equivalente a boa capacidade para o trabalho). Quanto ao estresse laboral, a maioria apresentou Trabalho Passivo (38,2%) e Alta Exigência no Trabalho (29%), ou seja, trabalho estressante (67,2%), bem como baixo Apoio Social (64,2%).

Realizou-se, ainda, o cruzamento das variáveis: tempo para lazer *versus* outro emprego. Verificou-se que a falta de tempo para lazer foi maior naqueles com outro emprego em comparação aos que trabalhavam unicamente no HCPA (33,5% *versus* 7,2%), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Analisaram-se, também, as variáveis: doença com DM e doença osteomuscular com DM e a relação com o cargo exercido no hospital. Quanto às doenças com DM, o percentual foi semelhante entre os cargos (em 74,9% dos auxiliares e técnicos de enfermagem e em 74,5% dos enfermeiros, $p=1,0$), bem como doenças osteomusculares com DM (presente em 44,7% dos auxiliares e técnicos de enfermagem e em 38,2% dos enfermeiros, $p=0,47$) – dados não tabelados.

A associação das variáveis sociodemográficas, de saúde e laborais com a suspeição de DPM e o estresse laboral da equipe de enfermagem, está apresentada nas Tabelas 4 a 7.

Pode-se verificar que das variáveis sociodemográficas e de saúde analisadas, houve associação entre suspeição de DPM e as variáveis: número de filhos e tempo para lazer, sendo maior a porcentagem de suspeição de DPM entre os trabalhadores de enfermagem com três ou mais filhos (*versus* 1 ou 2 filhos) e entre aqueles sem tempo para lazer. Nas demais variáveis, apresentadas na Tabela 4, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem conforme suspeição de DPM e as variáveis sociodemográficas e de saúde na primeira coleta de dados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Com DPM	Sem DPM	p
	n(%)	n(%)	
Sexo			0,26*
Feminino	16(7,3)	203(92,7)	
Masculino	4(13,8)	25(86,2)	
Idade			0,90 [†]
Até 39 anos	7(7,4)	88(92,6)	
≥ 40 anos	13(8,7)	137(91,3)	
Situação conjugal			1,00 [†]
Casado/com companheiro	10(6,9)	135(93,1)	
Solteiro/sem companheiro	7(7,4)	87(92,6)	
Anos de estudo			0,37 [†]
Até 12 anos	10(6,7)	140(93,3)	
≥ 13 anos	10(10,8)	83(89,2)	
Possui filhos			0,28*
Sim	73(7)	173(93)	
Não	7(11,5)	54(88,5)	
Número de Filhos			<0,01*
1 ou 2	6(4,1)	140(95,9)	
≥ 3	7(17,5)	33(82,5)	
Realiza atividade física			0,32 [†]
Não	16(9,6)	151(90,4)	
Sim	4(5)	76(95)	
Tempo para lazer			0,02*
Não	5(22,7)	17(77,3)	
Sim	15(6,7)	209(93,3)	
Horas de sono diária			0,80 [†]
Até 7 horas	11(8,4)	120(91,6)	
≥ 8 horas	7(6,7)	98(93,3)	
IMC			1,00 [†]
Alterado	12(8,1)	136(91,9)	
Normal	8(8,1)	91(91,9)	
Doença(s) com DM			0,37 [†]
Sim	17(9,2)	167(90,8)	
Não	3(4,7)	61(95,3)	
Doença osteomuscular com DM			0,92 [†]
Sim	8(7,4)	100(92,3)	
Não	12(8,6)	128(91,4)	

*Análise estatística pelo teste Exato de Fisher; [†]Análise estatística pelo teste Qui-quadrado de Pearson.

Legenda: DPM: Distúrbios psiquiátricos menores; DM: Diagnóstico médico; IMC: Índice de Massa Corporal.

Conforme os dados apresentados na Tabela 5, verificou-se maior porcentagem ($p < 0,01$) de suspeição de DPM entre os trabalhadores de enfermagem insatisfeitos com o local de trabalho e naqueles com baixa/moderada capacidade para o trabalho, conforme escore do ICT. No que se refere à satisfação com a escala de trabalho, houve tendência de maior porcentagem de suspeição de DPM entre os insatisfeitos ($p = 0,06$). Nas demais variáveis laborais investigadas, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos dessas e a suspeição de DPM.

Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem conforme suspeição de DPM e as variáveis laborais na primeira coleta de dados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Com DPM	Sem DPM	p
	n(%)	n(%)	
Profissão			1,00*
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	16(8,3)	177(91,7)	
Enfermeiro	4(7,3)	51(92,7)	
Setor de trabalho			1,00 [†]
Unidade de alta complexidade	5(7,2)	64(92,8)	
Unidade de internação	14(8,1)	159(91,9)	
Turno de trabalho			0,61 [†]
Manhã/Tarde	11(9,4)	106(90,6)	
Noite/Outros	9(6,9)	122(93,1)	
Outro emprego			0,10*
Sim	3(20)	12(80)	
Não	17(7,3)	216(92,7)	
Satisfeito com local de trabalho			<0,01*
Não	4(44,4)	5(55,6)	
Sim	16(6,7)	222(93,3)	
Satisfeito com escala de trabalho			0,06 [†]
Não	9(14,5)	53(85,5)	
Sim	11(5,9)	174(94,1)	
Classificação ICT			<0,01*
Baixo/Moderado	8(20,5)	31(79,5)	
Bom/Ótimo	8(4,5)	168(95,5)	
Classificação do trabalho JSS			0,29 [†]
Estressante	16(10,3)	140(89,7)	
Não-estressante	4(5,2)	73(94,8)	
Apoio Social			0,49 [†]
Baixo apoio	14(9,1)	140(90,9)	
Alto Apoio	5(5,7)	82(94,3)	

*Análise estatística pelo teste Exato de Fisher;[†] Análise estatística pelo teste Qui-quadrado de Pearson .

Legenda: DPM: Distúrbios psiquiátricos menores; ICT: Índice de Capacidade para o Trabalho; *JSS: Job Stress Scale*.

As Tabelas 6 e 7 apresentam o estresse no trabalho conforme MDC, subdividindo as quatro dimensões em duas categorias (trabalho estressante ou não-estressante), segundo as características sociodemográficas, de saúde e laborais.

Entre as variáveis sociodemográficas e de saúde, foi maior a porcentagem de trabalho estressante entre aqueles com menor escolaridade ($p=0,01$). As demais variáveis não apresentaram associação com o estresse laboral conforme MDC.

Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem conforme JSS e as variáveis sociodemográficas e de saúde na primeira coleta de dados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Trabalho		p*
	Estressante n(%)	Não-estressante n(%)	
Sexo			0,11
Feminino	137(65,2)	73(34,8)	
Masculino	23(82,1)	5(17,9)	
Idade			0,81
Até 39 anos	64(68,8)	29(31,2)	
≥ 40 anos	95(66,4)	48(33,6)	
Situação conjugal			0,45
Casado/com companheiro	90(64,3)	50(35,7)	
Solteiro/sem companheiro	63(70)	27(30)	
Anos de estudo			0,01
Até 12 anos	106(73,6)	38(26,4)	
≥ 13 anos	52(57,8)	38(42,2)	
Possui filhos			0,85
Sim	119(66,5)	60(33,5)	
Não	40(69)	18(31)	
Número de Filhos			0,46
1 ou 2	90(64,7)	49(35,3)	
≥ 3	29(72,5)	11(27,5)	
Realiza atividade física			1,00
Não	108(67,1)	53(32,9)	
Sim	51(67,1)	25(32,9)	
Tempo para lazer			0,41
Não	17(77,3)	5(22,7)	
Sim	143(66,2)	73(33,8)	
Horas de sono diária			0,90
Até 7 horas	85(68)	40(32)	
≥ 8 horas	67(66,3)	34(33,7)	
IMC			0,52
Alterado	100(69)	45(31)	
Normal	59(64,1)	33(35,9)	
Doença(s) com DM			1,00
Sim	121(67,2)	59(32,8)	
Não	39(67,2)	19(32,8)	
Doença(s) osteomusculares com DM			0,31
Sim	74(71,2)	30(28,8)	
Não	86(64,2)	48(35,8)	

*Análise estatística pelo teste Qui-quadrado de Pearson.

Legenda: JSS: Job Stress Scale; DM: Diagnóstico médico; IMC: Índice de Massa Corporal.

O estresse laboral foi significativamente maior nos técnicos e auxiliares de enfermagem e naqueles com baixo Apoio Social ($p < 0,05$), em comparação aos enfermeiros e àqueles com alto Apoio Social, respectivamente. As demais variáveis laborais não tiveram relação com o estresse laboral, conforme as categorias formadas.

Tabela 7 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem conforme *JSS* e as variáveis laborais na primeira coleta de dados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Trabalho		p
	Estressante n(%)	Não-estressante n(%)	
Profissão			<0,01*
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	135(73)	50(27)	
Enfermeiro	25(47,2)	28(52,8)	
Setor de trabalho			0,22*
Unidade de alta complexidade	40(59,7)	27(40,3)	
Unidade de internação	114(69,1)	51(30,9)	
Turno de trabalho			0,55*
Manhã/Tarde	72(64,9)	39(35,1)	
Noite/Outros	88(69,3)	39(30,7)	
Outro emprego			1,00 [†]
Sim	10(71,4)	4(28,6)	
Não	150(67)	74(33)	
Satisfeito com local de trabalho			0,27 [†]
Não	8(88,9)	1(11,1)	
Sim	151(66,2)	77(33,8)	
Satisfeito com escala de trabalho			0,16*
Não	43(75,4)	14(24,6)	
Sim	116(64,4)	64(35,6)	
Classificação ICT			0,40*
Baixo/Moderado	29(76,3)	9(23,7)	
Bom/Ótimo	114(37,9)	54(32,1)	
Apoio Social			<0,01*
Baixo Apoio	112(73,7)	40(26,3)	
Alto Apoio	43(54,4)	36(45,6)	

*Análise estatística pelo teste Qui-quadrado de Pearson; [†]Análise estatística pelo teste Exato de Fisher.

Legenda: *JSS*: *Job Stress Scale*; *ICT*: Índice de Capacidade para o Trabalho.

6.2.2 Consistência interna dos instrumentos utilizados

A consistência interna de cada questão e dos instrumentos *SRQ-20* e *JSS* na íntegra foi analisada pelo coeficiente alfa de Cronbach, conforme Tabela 8.

Tabela 8 – Alfa de Cronbach geral do *SRQ-20* e da *JSS* e para cada domínio da *JSS*. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Instrumentos	α Cronbach	
	Primeira coleta	Segunda coleta
Instrumento na íntegra <i>SRQ-20</i>	0,750	0,792
Instrumento na íntegra <i>JSS</i>	0,560	0,444
Demanda Psicológica <i>JSS</i>	0,721	0,731
Controle sobre o trabalho <i>JSS</i>	0,520	0,368
Apoio Social <i>JSS</i>	0,780	0,843

Legenda: *SRQ*: *Self-Report Questionnaire*; *JSS*: *Job Stress Scale*.

O *SRQ-20* demonstrou consistência interna satisfatória na totalidade da escala, tanto na primeira ($\alpha=0,750$) quanto na segunda ($\alpha=0,792$) coleta de dados. No entanto, a *JSS* demonstrou baixa consistência interna do instrumento em sua íntegra, na primeira ($\alpha=0,560$) e na segunda coleta ($\alpha=0,444$). Pela análise da consistência interna conforme os domínios da *JSS*, identificou-se α satisfatório nos domínios Demanda Psicológica ($\alpha=0,721$ e $0,731$) e Apoio Social ($\alpha=0,780$ e $0,843$) e insatisfatório no Controle sobre o trabalho ($\alpha=0,520$ e $0,368$).

6.3 O absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem

Essa seção é composta por cinco subseções, as quais foram organizadas conforme o tratamento e o tipo das variáveis. A primeira parte trata dos dados gerais do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem, no primeiro, no segundo e em dois anos.

As três subseções seguintes analisam o absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem conforme as variáveis sociodemográficas, de saúde e laborais (nessa ordem) na primeira coleta de dados, bem como o risco para absenteísmo e para absenteísmo elevado em dois anos.

A última subseção aborda a análise multivariada da taxa de absenteísmo e do risco de absenteísmo, utilizando-se das análises de Regressão *Gamma* e de Poisson.

6.3.1 Dados gerais do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem

Pelos dados apresentados, na Tabela 9, é possível verificar o absenteísmo nos trabalhadores de enfermagem que compuseram a amostra. Salienta-se que, no período da investigação (entre os anos de 2009 e 2011) houve uma média de 1.790 horas de trabalho ao ano por profissional.

No primeiro ano após a coleta de dados inicial, 73,6% dos trabalhadores tiveram pelo menos um evento de falta ao trabalho, sendo que metade teve taxa de absenteísmo de até 1,3%, e um quarto da amostra com taxa de absenteísmo superior a 4,1%. Ainda, metade apresentou até 23,2 horas de falta ao trabalho no primeiro ano e um quarto acima de 73,3 horas de falta ao trabalho nesse mesmo período.

No segundo ano, os valores foram inferiores ao primeiro, visto que 69,7% apresentaram pelo menos um dia de absenteísmo. Metade da amostra apresentou taxa de absenteísmo de 1,1% e faltou até 19,6 horas ao ano.

Analisando o período da coorte, de dois anos, 83,9% dos trabalhadores apresentaram pelo menos um dia de falta ao trabalho. Nesse período, a mediana da taxa de absenteísmo foi de 1,7%, sendo que metade da amostra faltou até 60,8 horas (equivalente a cerca de 10 dias de trabalho) e um quarto faltou acima de 139,6 horas nesse período (23 dias de trabalho).

Tabela 9 – Análise do absenteísmo no trabalho dos trabalhadores de enfermagem. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variável Absenteísmo	n=254
Trabalhador apresentou absenteísmo*	
Primeiro ano	187(73,6)
Segundo ano	177(69,7)
Em dois anos	213(83,9)
Taxa de absenteísmo[†]	
Primeiro ano	1,3(0-4,1)
Segundo ano	1,1(0-3,3)
Em dois anos	1,7(0,3-3,9)
Horas de absenteísmo[†]	
Primeiro ano	23,2(0-73,3)
Segundo ano	19,6(0-59,1)
Em dois anos	60,8(10,7-139,6)

*Variável expressa como n(%);[†]variável expressa como mediana (quartis 25-75).

6.3.2 O absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem e as variáveis sociodemográficas

As Tabelas 10 a 12 apresentam a análise do absenteísmo em enfermagem conforme as variáveis sociodemográficas na primeira coleta de dados. Os dados referem-se ao absenteísmo no primeiro e em dois anos (somatório do primeiro e do segundo ano).

Tabela 10 – Taxa de absenteísmo no trabalho da equipe de enfermagem em relação às variáveis sociodemográficas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Primeiro ano	p	Em dois anos	p
	n=254		n=254	
Sexo		0,27		0,35
Feminino	1,3(0,2-4)		1,7(0,5-3,9)	
Masculino	0,6(0-3,6)		1,1(0-3,7)	
Idade (anos)		0,40		0,95
Até 39	2(0-4)		2(0,5-3,7)	
40 ou mais	1,3(0-3,6)		1,6(0-4)	
Anos de estudo		0,04		0,08
Até 12 anos	1,7(0,3-5,3)		2(0,5-4,6)	
≥ 13 anos	1,1(0-2,9)		0,4(0,1-3)	
Situação conjugal		0,67		0,60
Casado/com companheiro	1,3(0-3,7)		1,6(0,5-3,5)	

Solteiro/sem companheiro	1,8(0-4,2)	2,1(0,3-4,2)
Possui filho(s)	0,03	0,03
Sim	1,6(0,3-4)	1,9(0,6-4,1)
Não	0,6(0-3,3)	1(0,1-2,9)

Variáveis expressas como mediana (quartis 25-75) e análise estatística pelo teste Mann-Whitney

Verificou-se que a mediana da taxa de absenteísmo foi maior nos trabalhadores do sexo feminino, com até 39 anos de idade e naqueles solteiros ou sem companheiro – tanto na taxa de absenteísmo no primeiro ano quanto ao longo dos dois anos –, mas sem diferença estatisticamente significativa. No entanto, houve maior absenteísmo naqueles que possuíam filho(s) (mediana de 1,6% no primeiro ano e de 1,9% no período de dois anos) em comparação aos que não possuíam filho (mediana de 0,6% no primeiro ano e de 1% em dois anos), com diferença estatisticamente significativa ($p=0,03$). Também foi maior a taxa de absenteísmo no primeiro ano naqueles com menor escolaridade ($p=0,04$), com tendência em dois anos ($p=0,08$).

Na Tabela 11, são apresentados os resultados do risco relativo para desenvolver absenteísmo em dois anos, considerando as variáveis preditoras na primeira coleta de dados e um intervalo de confiança de 95%.

Tabela 11 – Risco relativo para absenteísmo em dois anos nos trabalhadores de enfermagem conforme variáveis sociodemográficas na primeira coleta. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Com absenteísmo	Sem absenteísmo	RR	IC 95%
	n(%)	n(%)		
Sexo			1,17	(0,9-1,4)
Feminino	192(85,3)	33(14,7)		
Masculino	21(72,4)	8(27,6)		
Idade (anos)			0,99	(0,8-1,1)
40 ou mais	129(83,8)	25(16,2)		
Até 39	82(84,5)	15(15,5)		
Anos de estudo			1,04	(0,9-1,1)
Até 12 anos	133(85,3)	23(14,7)		
13 ou mais	76(81,7)	17(18,3)		
Situação conjugal			1,10	(0,9-1,2)
Casado/com companheiro	130(86,7)	20(13,3)		
Solteiro/sem companheiro	74(78,7)	20(21,3)		
Possui filho(s)			1,11	(0,9-1,2)
Sim	165(86,4)	26(13,6)		
Não	48(77,4)	14(22,6)		

Legenda: RR: Risco Relativo; IC: Intervalo de Confiança.

Analisando as variáveis sociodemográficas, não houve diferença no risco relativo para absenteísmo no trabalho em dois anos entre as variáveis: sexo, idade, anos de estudo, situação conjugal e possuir filho.

A Tabela 12 apresenta as características sociodemográficas e o risco relativo daqueles trabalhadores de enfermagem com maior taxa de absenteísmo (absenteísmo elevado) em comparação àqueles com menor ou sem absenteísmo, considerando como ponto de corte o percentil 75% (inclusive) para absenteísmo elevado.

Tabela 12 – Risco relativo para absenteísmo elevado em dois anos nos trabalhadores de enfermagem conforme variáveis sociodemográficas na primeira coleta. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Absenteísmo elevado [†]		RR	IC 95%
	n(%)	Outros n(%)		
Sexo			1,05	(0,5-2)
Feminino	57(25,3)	168(74,7)		
Masculino	7(24,1)	22(75,9)		
Idade (anos)			1,12	(0,7-1,7)
40 ou mais	41(26,6)	113(73,4)		
Até 39	23(23,7)	74(76,3)		
Anos de estudo			1,64	(1-2,6)*
Até 12 anos	47(30,1)	109(69,9)		
13 ou mais	17(18,3)	76(81,7)		
Situação conjugal			0,78	(0,5-1,2)
Casado/com companheiro	34(22,7)	116(77,3)		
Solteiro/sem companheiro	27(28,7)	67(71,3)		
Possui filho(s)			1,27	(0,7-2,1)
Sim	51(26,7)	140(73,3)		
Não	13(21)	49(79)		

*p<0,05; [†] pertencentes ao percentil 75%.

Legenda: RR: Risco Relativo; IC: Intervalo de Confiança.

O risco para absenteísmo elevado foi maior (64%) naqueles trabalhadores com menor escolaridade (até 12 anos). As demais variáveis sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal e possuir filho) não tiveram relação com risco de absenteísmo elevado.

6.3.3 O absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem e as variáveis de saúde

Os resultados da taxa de absenteísmo, conforme as variáveis de saúde, são apresentados na Tabela 13.

Tabela 13 – Taxa de absenteísmo no trabalho da equipe de enfermagem em relação às variáveis de saúde. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Primeiro ano n=254	P	Em dois anos n=254	P
Realiza atividade física*		0,20		0,07
Sim	1,3(0-3,5)		1,6(0,2-3,1)	
Não	1,5(0-4,7)		1,9(0,6-4,3)	
Horas de sono diária*		0,17		0,10
Até 7 horas	1,3(0-3,3)		1,4(0,-3,2)	
8 ou mais	1,3(0,3-5,3)		2(0,5-4,3)	
Doença(s) com DM*		0,15		0,06
Sim	1,4(0,3-4)		1,9(0,6-4)	
Não	0,6(0-3,7)		1,2(0-3)	
Doença osteomuscular com DM*		<0,01		0,01
Sim	2(0,6-4,8)		2,2(0,6-4,4)	
Não	0,6(0-3,3)		1,4(0,3-3,1)	
Classificação IMC*		0,27		0,88
Normal	2(0-4,5)		2(0,3-3,6)	
Alterado	1,2(0-3,3)		1,6(0,3-3,9)	
Tempo para lazer*		<0,01		<0,01
Sim	1,2(0-3,5)		1,6(0,3-3,5)	
Não	4,7(1,8-15,6)		4,2(1,4-11)	
Suspeição de DPM*		0,03		<0,01
Sim	3,5(1,1-6,2)		3,7(1,6-9)	
Não	1,3(0-3,7)		1,6(0,3-3,6)	
Escore SRQ-20[†]	0,145	0,02	0,200	<0,01

*Variável expressa como mediana (quartis 25-75) e análise estatística pelo teste Mann-Whitney; [†]Coeficiente de Correlação de Spearman

Legenda: DM: Diagnóstico médico; IMC: Índice de Massa Corporal; DPM: Distúrbios psiquiátricos menores; SRQ: *Self-Report Questionnaire*.

Não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de absenteísmo entre os que realizavam atividade física pelo menos três vezes na semana com os que não relataram esse hábito, ou entre os que dormiam até sete horas ao dia *versus* oito horas ou mais. Com relação às variáveis “doença(s) com diagnóstico médico” e “classificação do IMC”, não houve diferença significativa na taxa de absenteísmo entre os que possuíam doença(s) e os

que não possuíam (embora tendência na segunda coleta), bem como entre aqueles com IMC normal *versus* IMC alterado (baixo peso, sobrepeso ou obeso), tanto no primeiro quanto em dois anos.

Contudo, a taxa de absenteísmo foi maior entre os que possuíam alguma doença osteomuscular com diagnóstico médico (mediana 2% *versus* mediana 0,6% no primeiro ano e mediana 2,2% *versus* mediana 1,6% em dois anos), bem como nos que não possuíam tempo para lazer (mediana 4,7% *versus* 1,2% no primeiro ano e mediana 4,2% *versus* 1,6% em dois anos), com diferença estatisticamente significativa.

Utilizando o ponto de corte 7/8 para suspeição de DPM, evidenciou-se que foi estatisticamente maior ($p=0,03$) a taxa de absenteísmo entre os que apresentaram suspeição de DPM (medianas 3,5% e 3,7%) em comparação aos que não apresentaram (medianas 1,3% e 1,6%) no primeiro ano e em dois anos, respectivamente. Ainda, houve correlação positiva fraca entre os escores do *SRQ-20* e a taxa de absenteísmo no primeiro e ao longo dos dois anos ($\rho=0,145$; $p=0,02$ e $\rho=0,200$; $p<0,01$ respectivamente).

A Tabela 14 apresenta a mediana da taxa de absenteísmo em dois anos conforme o comportamento das variáveis de saúde dos trabalhadores de enfermagem nas duas coletas. Buscou-se verificar se a permanência/mudança das/nas respostas das variáveis preditoras influenciou a taxa de absenteísmo dos trabalhadores em dois anos.

Tabela 14 – Taxa de absenteísmo no trabalho de enfermagem em relação às variáveis de saúde nas duas coletas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	n	Em 2 anos	p
		n=254	
Realiza atividade física			0,34 [†]
Sempre	56	0,9(0,1-3)	
Não/Sim	62	1,8(0,3-4,3)	
Nunca	133	1,3(0-1,7)	
Tempo par lazer			<0,01 [‡]
Sempre	212	1,5(0,3-3,3)	
Alguma vez não	35	3,4(1,2-7,6)	
Número de doenças com DM			0,57 [‡]
Reduziu/Permaneceu	160	1,6(0,3-3,9)	
Aumentou	94	1,9(0,4-3,7)	
Número de doenças osteomusculares com DM			<0,01 [‡]
Reduziu/Permaneceu	192	1,4(0,3-3,3)	
Aumentou	62	2,8(1,2-6,7)	
Suspeição de DPM			0,02 [‡]
Nunca	220	1,6(0,3-3,8)	
Alguma vez	26	2,8(0,9-6,7)	
Escore SRQ			0,85 [‡]
Reduziu/Permaneceu	180	1,7(0,3-3,9)	
Aumentou	66	1,7(0,3-4,4)	

Variáveis expressas como mediana (quartis 25-75); [†] Análise estatística pelo *Generalized Linear Model*; [‡] Análise estatística pelo teste Mann-Whitney.

Legenda: DM: Diagnóstico médico; DPM: Distúrbios psiquiátricos menores; SRQ: *Self-Report Questionnaire*.

Aqueles que nas duas coletas informaram possuir tempo para lazer tiveram menor absenteísmo em relação àqueles que relataram, em um das coletas, não possuir tempo para lazer (mediana 1,5% *versus* 3,4% e $p < 0,01$).

Houve maior taxa de absenteísmo ($p < 0,01$) em dois anos naqueles trabalhadores com aumento no número de doenças osteomusculares com diagnóstico médico em comparação àqueles com redução ou estabilidade no número de doenças osteomusculares (mediana da taxa de absenteísmo de 2,8% *versus* 1,4%, respectivamente).

Quando analisado o histórico de suspeição de DPM, a taxa de absenteísmo foi maior (quase o dobro) no grupo que apresentou suspeição de DPM em alguma das coletas (metade com taxa de absenteísmo de até 2,8% e 25% com taxa acima de 6,7%) quando em comparação àqueles que nunca apresentaram suspeição de DPM (metade com taxa de absenteísmo de até 1,6% e 25% com taxa acima de 3,3%).

Nas demais variáveis (atividade física regular, número de doenças com DM e escore *SRQ-20*), não se encontrou diferença estatisticamente significativa na taxa de absenteísmo em dois anos entre os grupos.

O risco relativo para desenvolver absenteísmo em dois anos, considerando as variáveis de saúde na primeira coleta de dados, está demonstrado na Tabela 15.

Tabela 15 – Risco relativo para absenteísmo em dois anos nos trabalhadores de enfermagem conforme variáveis de saúde na primeira coleta. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Com absenteísmo	Sem absenteísmo	RR	IC 95%
	n(%)	n(%)		
Realiza atividade física			1,20	(0,8-1,7)
Não	61(35,7)	110(64,3)		
Sim	24(29,6)	57(70,4)		
Tempo para lazer			1,15	(1,0-1,2)*
Não	21(95,5)	1(4,5)		
Sim	190(82,6)	40(17,4)		
Horas de sono diária			0,92	(0,8-1,0)
Até 7 horas	107(80,5)	26(19,5)		
8 ou mais	95(87,2)	14(12,8)		
Classificação do IMC			1,03	(0,9-1,1)
Alterado	130(85)	23(15)		
Normal	82(82)	18(18)		
Doença com DM			1,19	(1,0-1,3)*
Sim	166(87,4)	24(12,6)		
Não	47(73,4)	17(26,6)		
Doença osteomuscular com DM			1,11	(1,0-1,2)*
Sim	98(89,1)	12(10,9)		
Não	115(79,9)	29(20,1)		
Suspeição de DPM			1,21	(1,1-1,2)*
Sim	20(100)	0(0)		
Não	188(82,5)	40(17,5)		

*p<0,05

Legenda: RR: Risco Relativo; IC: Intervalo de Confiança; IMC: Índice de Massa Corporal; DM: Diagnóstico médico; DPM: Distúrbios psiquiátricos menores.

Analisando as variáveis de saúde da Tabela 15, identifica-se que não houve diferença no risco relativo para absenteísmo no trabalho em dois anos entre as variáveis: atividade física regular, horas de sono/dia e classificação do IMC.

Aqueles sem tempo para lazer ou que possuíam doença com diagnóstico médico, doença osteomuscular com diagnóstico médico ou suspeição de DPM na primeira coleta

apresentaram maior risco para absenteísmo no trabalho em dois anos, em comparação aos seus pares. Os que possuíam doença com diagnóstico médico tiveram um risco de 19% maior de desenvolver absenteísmo em dois anos. Já os que possuíam doença osteomuscular com diagnóstico médico apresentaram um risco 11% maior em comparação aos que não possuíam. Aqueles que apresentaram suspeição de DPM na primeira coleta tiveram um risco relativo de 21% maior àqueles que não suspeitos de DPM. Ainda, o risco de desenvolver absenteísmo em dois anos foi 15% maior entre aqueles sem tempo para lazer.

As variáveis de saúde e o risco relativo para absenteísmo elevado em dois anos encontram-se na tabela abaixo.

Tabela 16 – Risco relativo para absenteísmo elevado em dois anos nos trabalhadores de enfermagem conforme variáveis de saúde na primeira coleta. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Absenteísmo elevado [†]		RR	IC 95%
	n(%)	Outros n(%)		
Realiza atividade física			1,31	(0,8-2,1)
Não	47(27,5)	124(72,5)		
Sim	17(21)	64(29)		
Tempo para lazer			2,48	(1,5-3,8)*
Não	12(54,5)	10(45,5)		
Sim	51(22,2)	179(77,8)		
Horas de sono diária			0,67	(0,4-1)
Até 7 horas	27(20,3)	106(79,7)		
8 ou mais	33(30,3)	76(69,7)		
Classificação do IMC			1,06	(0,6-1,6)
Alterado	99(25,5)	114(74,5)		
Normal	24(24)	76(76)		
Doença com DM			1,32	(0,7-2,2)
Sim	51(26,8)	139(73,2)		
Não	13(20,3)	51(79,7)		
Doença osteomuscular com DM			1,39	(0,9-2,1)
Sim	33(30)	77(70)		
Não	31(21,5)	113(78,5)		
Suspeição de DPM			2,11	(1,2-3,4)*
Sim	10(50)	10(50)		
Não	54(23,7)	174(76,3)		

*p<0,05; [†] pertencentes ao percentil 75%.

Legenda: RR: Risco Relativo; IC: Intervalo de Confiança; IMC: Índice de Massa Corporal; DM: Diagnóstico médico; DPM: Distúrbios psiquiátricos menores.

Não possuir tempo para lazer aumenta em 2,48 vezes o risco para absenteísmo elevado, assim como a suspeição de DPM eleva em 2,11 vezes o risco. Os indivíduos com doença osteomuscular com diagnóstico médico tiveram tendência de maior risco (39% a mais) para absenteísmo elevado.

As demais variáveis de saúde (atividade física regular, horas de sono, IMC e doenças com diagnóstico médico) não tiveram relação com a incidência de absenteísmo elevado.

6.3.4 O absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem e as variáveis laborais

No que tange as variáveis laborais e a taxa de absenteísmo, os resultados estão expressos nas Tabelas 17 a 20.

No primeiro ano da coorte, a taxa de absenteísmo foi maior entre técnicos e auxiliares de enfermagem em comparação aos enfermeiros, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,04$). Essa característica manteve-se no transcorrer dos dois anos, embora não permanecendo a diferença estatística ($p=0,09$).

Quanto ao setor e ao turno de trabalho na primeira coleta, não houve diferença estatisticamente significativa entre as taxas de absenteísmo nos grupos em ambos os períodos de tempo analisados. Aqueles que possuíam outro emprego apresentaram significativamente maior taxa de absenteísmo (mediana de 6,2% no primeiro ano e de 4% em dois anos) em comparação àqueles que trabalhavam exclusivamente no hospital (mediana de 1,3% e de 1,6% no primeiro e em dois anos).

Quando questionados sobre a satisfação com o local de trabalho, a taxa de absenteísmo foi maior ($p<0,01$) nos insatisfeitos, tanto no primeiro ano (mediana de 4% *versus* 1,3%) quanto ao longo de dois anos (mediana de 8,4% *versus* 1,6%). Destaca-se que 25% dos insatisfeitos apresentaram taxa de absenteísmo acima de 20,8% no primeiro ano e de 14,5% no transcorrer dos dois anos.

Não se encontrou diferença significativa na taxa de absenteísmo entre os trabalhadores satisfeitos e insatisfeitos com a escala de trabalho nos dois períodos investigados. O grau de satisfação com a remuneração não obteve correlação significativa com a taxa de absenteísmo.

Não foi encontrada diferença significativa quando comparada a taxa de absenteísmo entre aqueles com trabalho estressante ou não, tanto no primeiro ano ($p=0,25$) quanto em dois anos ($p=0,40$), tampouco conforme dimensões do MDC. Quanto à dimensão Apoio Social,

não houve diferença na taxa de absenteísmo entre os grupos no primeiro ano, mas foi maior naqueles com baixo Apoio Social ao longo dos dois anos. Esses dados encontram-se na tabela abaixo.

Tabela 17 – Taxa de absenteísmo no trabalho da equipe de enfermagem em relação às variáveis laborais. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Primeiro ano	p	Em dois anos	p
	n=254		n=254	
Profissão*		0,04 [†]		0,09 [†]
Enfermeiro	1(0-2,2)		1,4(0,4-2,9)	
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	1,6(0-4,7)		1,9(0,3-4,4)	
Setor de Trabalho*		0,26 [‡]		0,12 [‡]
Unidade de Internação adulta	1,5(0-5,3)		1,7(0,3-4,6)	
Unidade de Internação pediátrica	1,3(0-3,1)		1(0,1-2,9)	
Unidade de Alta Complexidade	1,1(0,3-3,3)		1,9(0,6-3,6)	
Unidade de Atenção Ambulatorial	3(1,3-6,4)		3,2(1,8-4,7)	
Turno de Trabalho*		0,63 [‡]		0,15 [‡]
Manhã	2(0,3-5,3)		2,3(0,8-5,4)	
Tarde	1,2(0-4,7)		1,7(0,3-4,2)	
Noite	1,3(0-3,3)		1,6(0,3-3,3)	
Outro	2(0,3-5,5)		1,9(0,4-3,5)	
Outro emprego*		<0,01 [†]		0,03 [†]
Sim	6,2(1,6-9,6)		4(0,8-9,1)	
Não	1,3(0-3,6)		1,6(0,3-3,6)	
Satisfeito com local de trabalho*		<0,01 [†]		<0,01 [†]
Sim	1,3(0-3,6)		1,6(0,3-3,6)	
Não	4(1,8-20,8)		8,4(1,5-14,5)	
Satisfeito com escala de trabalho*		0,47 [†]		0,26 [†]
Sim	1,3(0-3,7)		1,6(0,3-3,7)	
Não	1,5(0-4,7)		1,9(0,5-5,1)	
Satisfação com remuneração[§]	-0,67	0,29	-0,66	0,29
Classificação do trabalho JSS		0,58 [‡]		0,97 [‡]
Alta Exigência	2,2(0,4-4,7)		2(0,9-4)	
Ativo	1(0-3,4)		1,6(0,2-3,6)	
Passivo	1,3(0-4)		1,5(0,3-4,7)	
Baixa Exigência	0,6(0-4)		1,7(0,3-3,5)	
Classificação do trabalho JSS*		0,25 [†]		0,40 [†]
Estressante	1,6(0-4,1)		1,7(0,5-4,3)	
Não-estressante	0,6(0-3,8)		1,7(0,3-3,5)	
Apoio Social		0,32 [†]		0,03 [†]
Baixo Apoio	1,4(0-4,7)		1,9(0,5-4,4)	
Alto Apoio	1,1(0-3,3)		1,3(0,3-2,9)	

*Variável expressa como mediana (quartis 25-75); [†]Análise estatística pelo teste Mann-Whitney. [‡]Análise estatística pelo *Generalized Linear Model*; [§]Coefficiente de Correlação de Spearman.

Legenda: JSS: Job Stress Scale.

O comportamento das variáveis laborais nas duas coletas e a mediana da taxa de absenteísmo em dois anos encontram-se descritas na Tabela 18.

Tabela 18 – Taxa de absenteísmo no trabalho da equipe de enfermagem em relação às variáveis laborais nas duas coletas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	n	Em 2 anos	p
		n=254	
Satisfeito com local de trabalho			0,01*
Sempre	228	1,6(0,3-3,6)	
Alguma vez insatisfeito	23	2,9(1,1-11,3)	
Mudança de setor de trabalho			0,38*
Não	212	1,8(0,4-3,9)	
Sim	42	1,5(0-3,4)	
Mudança de turno de trabalho			0,45*
Não	207	1,6(0,3-3,6)	
Sim	47	1,8(0,5-4,5)	
Satisfeito com escala de trabalho			0,09*
Sempre	151	1,6(0,3-3,4)	
Alguma vez insatisfeito	100	1,9(0,6-5,5)	
Satisfação com remuneração			0,13*
Melhorou/Permaneceu	92	1,7(0,8-4,8)	
Diminuiu	159	1,7(0,3-3,5)	
Classificação do trabalho JSS			0,11 [†]
Nunca estressante	44	1,6(0,3-3,2)	
Estressante/Não-estressante	63	1,5(0,3-4,1)	
Sempre estressante	125	1,9(0,4-4,3)	
Apoio Social			0,10 [†]
Sempre Alto Apoio	52	0,9(0,3-2,6)	
Alguma vez Alto/Baixo Apoio	66	2(0,3-4,7)	
Sempre Baixo Apoio	121	1,6(0,5-4,1)	

Variáveis expressas como mediana (quartis 25-75); *Análise estatística pelo teste Mann-Whitney; [†] Análise estatística pelo *Generalized Linear Model*

Legenda: JSS: *Job Stress Scale*

Verificou-se que a mudança de setor ou de turno de trabalho não influenciou a taxa de absenteísmo em dois anos nesses trabalhadores de enfermagem, bem como o histórico da satisfação com a renda e com a escala de trabalho. De igual forma, a mediana da taxa de absenteísmo em dois anos foi semelhante entre os trabalhadores de enfermagem, independentemente do comportamento do estresse laboral e do Apoio Social (entre a primeira e a segunda coleta).

Os trabalhadores que relataram satisfação com o local de trabalho nas duas coletas tiveram taxa de absenteísmo em dois anos significativamente menor ($p=0,01$) do que aqueles que alguma vez informaram insatisfação (mediana de 1,6% e percentil 75% de 3,4% versus mediana de 2,9% e percentil 75% de 11,3%, respectivamente).

Tabela 19 – Risco relativo para absenteísmo em dois anos nos trabalhadores de enfermagem conforme variáveis laborais na primeira coleta. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Com absenteísmo [†]	Sem absenteísmo	RR	IC 95%
	n(%)	n(%)		
Profissão			1,03	(0,8-1,1)
Técnico/Auxiliar de enfermagem	168(84,4)	31(15,6)		
Enfermeiro	45(81,8)	10(18,2)		
Setor de trabalho			1,10	(1-1,2)*
Unidade de Alta complexidade	66(89,2)	8(10,8)		
Unidade de Internação	141(81)	33(19)		
Turno de trabalho			1,04	(0,9-1,16)
Manhã/Tarde	103(85,8)	17(14,2)		
Noite/Outros	110(82,1)	24(17,9)		
Possui outro emprego			1,03	(0,8-1,2)
Sim	13(86,7)	2(13,3)		
Não	200(83,7)	39(16,3)		
Satisfeito com local de trabalho			1,20	(1,1-1,2)*
Não	9(100)	0(0)		
Sim	203(83,2)	41(16,8)		
Considera escala de trabalho			0,99	(0,8-1,1)
Insuficiente	53(84,1)	10(15,9)		
Suficiente	160(84,2)	30(15,8)		
Classificação do Trabalho JSS			1,02	(0,9-1,1)
Estressante	134(83,7)	26(16,3)		
Não-estressante	64(82,1)	14(17,9)		
Apoio Social			1,02	(0,9-1,1)
Baixo Apoio	133(84,2)	25(15,8)		
Alto Apoio	72(81,8)	16(18,2)		

* $p<0,05$; [†] pertencentes ao percentil 75%.

Legenda: RR: Risco Relativo; IC: Intervalo de Confiança; JSS: *Job Stress Scale*.

Conforme Tabela 19, verificou-se que o risco relativo para desenvolver absenteísmo em dois anos foi significativamente maior naqueles que trabalhavam em unidade de alta complexidade (10% a mais) e nos insatisfeitos com o local de trabalho (20% a mais). Nas demais variáveis (profissão, turno de trabalho, possuir outro emprego, escala de trabalho, estresse e Apoio Social no trabalho), o risco para absenteísmo foi semelhante, conforme os grupos.

Tabela 20 – Risco relativo para absenteísmo elevado em dois anos nos trabalhadores de enfermagem conforme variáveis laborais na primeira coleta. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Absenteísmo elevado	Outros	RR	IC 95 %
	n(%)	n(%)		
Profissão			2,67	(1,2-5,8)*
Técnico /Auxiliar de enfermagem	58(29,1)	141(70,9)		
Enfermeiro	6(10,9)	49(89,1)		
Setor de trabalho			0,88	(0,5-1,4)
Unidade de Alta complexidade	17(23)	37(77)		
Unidade de Internação	45(25,9)	129(74,1)		
Turno de trabalho			1,43	(0,9-2,2)
Manhã/Tarde	36(30)	84(70)		
Noite/Outros	28(20,9)	106(79,1)		
Possui outro emprego			2,27	(1,3-3,8)*
Sim	8(53,3)	7(46,7)		
Não	56(23,4)	183(76,6)		
Satisfeito com local de trabalho			2,29	(1,2-4,2)*
Não	5(55,6)	4(44,4)		
Sim	59(24,2)	185(75,8)		
Considera escala de trabalho			1,18	(0,7-1,8)
Insuficiente	18(28,6)	45(71,4)		
Suficiente	46(24,2)	144(75,8)		
Classificação do Trabalho JSS			1,46	(0,8-2,4)
Estressante	45(28,1)	115(71,9)		
Não-estressante	15(19,2)	63(80,8)		
Apoio Social			1,56	(1,0-2,6)*
Baixo Apoio	45(28,5)	113(71,5)		
Alto Apoio	16(18,2)	72(81,8)		

*p<0,05

Legenda: RR: Risco Relativo; IC: Intervalo de Confiança; JSS: *Job Stress Scale*.

Verificou-se que o risco relativo para absenteísmo elevado foi 2,67 vezes maior entre os técnicos e auxiliares de enfermagem *versus* os enfermeiros, 2,27 vezes maior naqueles com outro emprego e 2,29 vezes maior nos insatisfeitos com o local de trabalho. Houve tendência para maior absenteísmo entre os trabalhadores do turno da manhã/tarde em comparação àqueles de outros turnos (43% a mais). Quanto à dimensão Apoio Social, evidenciou-se maior risco (56% a mais) para absenteísmo elevado em dois anos naqueles com baixo Apoio Social.

Nas demais variáveis laborais (setor de trabalho, satisfação com escala de trabalho e classificação na JSS), não houve diferença no risco para absenteísmo elevado em dois anos conforme os grupos.

6.3.5 Análise multivariada do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem

Na Tabela 21, verifica-se a análise multivariada, utilizando-se Regressão de Poisson, entre as variáveis preditoras e o desfecho (absenteísmo elevado).

Tabela 21 – Análise multivariada por Regressão de Poisson para risco de absenteísmo elevado em dois anos nos trabalhadores de enfermagem. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Modelo Inicial		
	Beta	IC 95%	p
Sexo feminino	0,97	0,6-1,4	0,89
Número de filhos	0,99	0,8-1,1	0,96
Não realiza atividade física	0,98	0,7-1,2	0,90
Horas de sono diária	0,98	0,9-1	0,75
Sem tempo para lazer	0,85	0,5-1,4	0,57
Número de doenças com DM	0,97	0,9-1,0	0,34
Suspeição de DPM	0,87	0,4-1,6	0,67
Profissão			0,51
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	0,89	0,6-1,2	
Enfermeiro	1	-	
Turno			0,65
Manhã/Tarde	1	-	
Outros	1,06	0,8-1,3	
Setor			0,87
Unidade de Alta Complexidade	1,02	0,7-1,4	
Outros	1	-	
Com outro emprego	0,75	0,3-1,5	0,44
Satisfação com a remuneração	1,00	0,9-1	0,66
JSS – Estressante	1,01	0,7-1,3	0,93
Escala de Trabalho insuficiente	1,07	0,7-1,4	0,64
Apoio Social	1,01	0,9-1	0,68

Legenda: DM: Diagnóstico médico; DPM: Distúrbios psiquiátricos menores; *JSS*: *Job Stress Scale*

Para a realização do modelo de regressão, foram inseridas como controles aquelas variáveis que compunham os aspectos sociodemográficos, de saúde e laborais e que apresentaram valor de $p \leq 0,2$ quando associadas ao desfecho absenteísmo elevado. Após ajuste pelas variáveis de controle, não se observou influência dessas sobre o risco de absenteísmo elevado em dois anos (Tabela 21). Assim, não houve associação entre as variáveis analisadas no modelo multivariado e o risco para absenteísmo elevado.

Também foi realizada análise multivariada por Regressão *Gamma*, considerando a taxa de absenteísmo como variável contínua. Foram incluídas as mesmas variáveis utilizadas na regressão de Poisson, utilizando-se os mesmos critérios. Primeiramente, foram incluídas todas as variáveis e, após, analisado o modelo ajustado. Conforme os valores, retiraram-se as variáveis com $p > 0,05$, uma a uma, escolhendo-se aquelas com maior *p-value* por vez. Foram retiradas as seguintes variáveis, seguindo a ordem em que estão citadas: número de filhos; atividade física; Apoio Social; setor de trabalho; satisfação com a escala de trabalho; horas de sono diária; satisfação com a remuneração; estresse no trabalho (*JSS*); profissão e sexo. Chegou-se ao modelo final, que segue abaixo.

Tabela 22 – Análise multivariada por Regressão *Gamma* da taxa de absenteísmo em dois anos nos trabalhadores de enfermagem. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009/2011.

Variáveis	Modelo Inicial			Modelo Final		
	Beta	IC 95%	p	Beta	IC 95%	p
Sexo feminino	1,68	0,7-3,7	0,20			
Número de filhos	1,01	0,7-1,3	0,89			
Não realiza atividade física	1,29	0,7-2,1	0,33			
Horas de sono diária	1,06	0,7-1,3	0,49			
Sem tempo para lazer	1,64	0,6-4	0,28	1,99	1-3,9	0,04
Número de doenças com DM	1,19	1-1,2	0,02	1,11	1-1,2	<0,01
Suspeição de DPM	1,67	0,5-4,7	0,33	2	1-4	0,05
Profissão			0,15			
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	1,58	0,8-2,9				
Enfermeiro	1	-				
Turno de Trabalho			0,07			0,01
Manhã/Tarde	1	-		1	1	
Outros	0,6	0,3-1		0,6	0,4-0,8	
Setor de Trabalho			0,94			
Unidade de Alta Complexidade	1,02	0,5-1,9				
Outros	1	-				
Com outro emprego	2,38	0,6-85	0,18			
Satisfação com a remuneração	0,99	0,9-1	0,24			
JSS – Estressante	0,74	0,4-1,3	0,30			
Escala de Trabalho insuficiente	0,76	0,4-1,4	0,38			
Apoio Social	0,95	0,8-1	0,42			

Legenda: DM: Diagnóstico médico; DPM: Distúrbios psiquiátricos menores; *JSS*: *Job Stress Scale*

Quando se analisou o conjunto de todas as variáveis, apenas o número de doenças com DM influenciou significativamente a taxa de absenteísmo em dois anos, com tendência para a variável turno de trabalho (modelo inicial). Após técnica de modelagem, verificou-se que a taxa de absenteísmo foi influenciada significativamente pelas variáveis: tempo para lazer,

número de doenças com DM, suspeição de DPM e turno de trabalho, quando analisadas em conjunto. Dessa forma, conforme modelo final, os trabalhadores sem tempo para lazer, com maior número de doenças com DM, suspeitos de DPM e do turno da manhã ou tarde apresentaram maior taxa de absenteísmo em comparação aos seus opostos.

7 DISCUSSÕES

As discussões foram organizadas em quatro seções: a primeira aborda as características da amostra, seguida das considerações acerca dos DPM e do estresse laboral. O capítulo segue com a discussão sobre o absenteísmo na enfermagem, comparando com outros estudos em âmbito regional, nacional e internacional e é finalizado com as limitações do estudo.

Salienta-se, ainda, que, para algumas variáveis, foi restrita a comparação com outros estudos, dada a escassez de estudos envolvendo algumas variáveis preditoras (principalmente as de saúde) e o desfecho absenteísmo.

7.1 Considerações acerca das características da amostra

Verificou-se predomínio de mulheres (88,6%), de pessoas com companheiro (61,5%), com médias de idade e de escolaridade de 42,1 e de 12,6 anos (equivalente ao ensino médio completo), respectivamente. Esses dados assemelham-se a outros estudos realizados no país envolvendo trabalhadores de enfermagem, quanto ao predomínio de mulheres (em torno de 90%), na faixa etária dos 35-45 anos, casadas/com companheiro e com filhos^(1,7,18,25,34,56,60,88,114).

O fato de a enfermagem ser predominantemente feminina corrobora aspectos históricos e culturais da profissão, vinculada à caridade, à religião e ao cuidado com os enfermos da família^(42,115-116). A divisão social do trabalho impôs à mulher, ao longo dos anos, as atividades de cuidado aos doentes e à família. Como o hospital era considerado espaço privilegiado para a profissionalização do trabalho doméstico, as mulheres assumiram esse campo, principalmente na enfermagem. Com o passar dos anos, mantiveram-se, para elas, as características de subordinação e mão de obra módica com caráter de caridade⁽⁵⁾. Com isso, a implantação da enfermagem no Brasil, no século passado, vinculava o ingresso à profissão ao sexo feminino, somente permitindo a inserção do homem posteriormente^(48,114,117).

A média de idade de 42,1 anos corresponde à idade da PEA⁽²⁹⁾, em que os indivíduos com trabalhos especializados, como a enfermagem, ingressam no mercado de trabalho,

geralmente, após os 20 anos, com aposentadoria, em geral, os 65 anos, conforme regulamentam as leis previdenciárias do país. Os dados sobre o número de filhos e a situação conjugal assemelham-se a outros estudos da profissão, em que a maioria possui filhos(s)^(35,73,118) e companheiro(a)^(13,25,58,60,118-120), embora estudos recentes tenham encontrado aumento no número de profissionais sem companheiro(a), bem como diminuição no número de filhos^(18,73,121).

A média de escolaridade de cerca de treze anos de estudo está atrelada aos requisitos da profissão, que exige o ensino médio para os técnicos de enfermagem (aproximadamente onze anos de estudo) e o curso superior aos enfermeiros (cerca de quinze anos de estudo). Entre a primeira e a segunda coleta, houve aumento na média de anos de estudo (0,6 anos), o que é esperado, pois, na profissão, é frequente e necessária a busca por aprimoramento e atualização profissional. Nesse sentido, técnicos/auxiliares de enfermagem procuram por cursos de graduação e enfermeiros por qualificação em programas de pós-graduação.

No que se refere aos hábitos e características de saúde, a média de sono diária foi de 7,2 horas, 32,1% informaram que praticavam atividade física regular e a maioria (91,3%) possuía tempo para lazer.

A prevalência de distúrbios do sono na população adulta é estimada em 15 a 27%⁽¹²²⁾, sendo que, nesse estudo, 10,4% apresentaram alteração na hora de sono diária (considerando os indivíduos com relato de sono inferior a seis horas/dia)⁽²³⁾. A média de 7,2 horas de sono dos trabalhadores foi superior a de um estudo com trabalhadores de um hospital de pronto socorro de Porto Alegre, cuja média foi de 6,5 horas de sono/dia⁽¹²³⁾, bem como de agentes socioeducadores de centros de atendimento socioeducativo do Rio Grande do Sul, em que a média foi de 6,6 horas sono/dia⁽⁸⁰⁾.

Estudo⁽¹¹⁶⁾ realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital cardiológico evidenciou que 30% dos sujeitos apresentavam alguma alteração no sono, como agitação, insônia, sonambulismo e uso de medicação assessoria. Em outra pesquisa⁽¹²⁰⁾, com 173 trabalhadores de enfermagem do turno da noite de um HU de Curitiba, foram encontradas diversas alterações na qualidade e na quantidade do sono dos profissionais, sendo as mais prevalentes: sono excessivo (36%), insônia (36%), sono com várias interrupções (42%) e cansaço ao despertar (53%). No HCPA, em estudo publicado em 2007, 23% dos trabalhadores de enfermagem do turno da noite referiram sono diurno sem qualidade como desvantagem do trabalho noturno⁽¹²⁴⁾. Entre os trabalhadores de enfermagem de um Hospital de São Paulo, 36,8% relataram problemas de sono⁽¹²⁵⁾.

Assim, o sono dos trabalhadores do presente estudo parece não estar comprometido (média foi de 7,2 horas/sono/dia), visto que a literatura enfatiza que o período de sono normal, no adulto, varia de seis a oito horas/dia^(23,122). Uma hipótese é que a preservação das horas de sono desses trabalhadores (comparando com a média de horas diária de sono recomendada⁽²³⁾ e com os estudos supracitados com trabalhadores de enfermagem), esteja relacionada com a escala de trabalho noturno do hospital (três equipes). No HCPA, diferentemente da maioria dos hospitais do Brasil, os profissionais na escala noturna trabalham em três equipes distintas, organizadas em jornadas de doze horas de trabalho por sessenta horas de descanso. Com isso, os efeitos do trabalho noturno sobre o sono seriam menores do que naqueles profissionais com jornada de trabalho de doze horas de trabalho por 36 de descanso, forma habitual na profissão. Nesse sentido, os profissionais do turno noturno do HCPA, pelo descanso de sessenta horas, teriam maior tempo para recuperação/adaptação do sono, ou seja: trabalhar uma noite e folgar duas teria menor interferência no sono do que trabalhar uma noite e folgar na outra.

Contudo, pesquisadores⁽¹²⁶⁾ do sono alertam para o fato de que, embora haja uma expectativa generalizada de que se deve dormir pelo menos oito horas por noite, há variabilidade entre as pessoas quanto à necessidade de sono, que depende de vários fatores, como sexo e idade. Há pessoas com sono curto (necessitam de menos de seis horas de sono/dia), longo (precisam de 10 horas de sono/dia), matutinos (dormem e acordam cedo) e vespertinos (que dormem e acordam tarde)⁽¹²⁷⁻¹²⁸⁾. Assim, é preciso cautela para analisar os dados sobre o sono, pois não foram investigadas as alterações qualitativas do sono dos trabalhadores nem o perfil cronobiológico, tendo em vista não ser o propósito desse estudo. Outras investigações seriam necessárias para testar as hipóteses citadas.

A minoria (35%) dos trabalhadores relatou praticar atividade física regular três vezes na semana, semelhantemente ao estudo com trabalhadores de enfermagem de hospital público cardiológico de São Paulo⁽¹¹⁶⁾, em que 30% relataram prática de atividade física (sem descrição de regularidade ou frequência). Outras investigações encontraram melhores resultados quanto ao hábito de praticar atividade física: 44% dos trabalhadores públicos de saúde de uma instituição asilar de São Paulo⁽¹¹⁾ e 40,7% dos trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas⁽⁵⁸⁾.

Ainda com relação aos hábitos de saúde, a oportunidade de tempo para lazer foi referida por 91% dos trabalhadores, sugerindo tempo para atividades de lazer semelhante a outros estudos, como a investigação realizada com trabalhadores de saúde de uma instituição asilar de São Paulo⁽¹¹⁾ – cujo valor foi de 95%. Pesquisa com enfermeiros gaúchos identificou

percentual de 89%⁽¹⁵⁰⁾. Em estudo caso-controle com trabalhadores de enfermagem acidentados com material biológico em um hospital público de Porto Alegre, 97% dos sujeitos relataram tempo para lazer⁽¹²⁹⁾. Em agentes socioeducadores de centros de atendimento socioeducativo do Rio Grande do Sul⁽⁸⁰⁾, a porcentagem dos que informaram tempo para lazer foi de 77,8%, inferior ao presente estudo.

Convém salientar que a amostra é predominantemente feminina, permitindo, dessa forma, inferir que a falta de tempo de lazer para alguns (9%) pode estar associada aos múltiplos papéis da mulher na sociedade, como o de ser mãe, esposa, profissional de saúde e por vezes responsável pelos afazeres domésticos⁽¹³⁰⁾.

Quanto ao IMC, a média foi de 25,9 kg/m², sendo que a maior concentração de pessoas ficou na classificação de peso normal (39,7%) e sobrepeso (36,5%). Destaca-se que 63,5% estavam com IMC alterado – considerando IMC abaixo ou acima da faixa normal.

O resultado do IMC assemelha-se ao de outro estudo gaúcho⁽¹³¹⁾, que apontou 59% dos trabalhadores de enfermagem com índices de sobrepeso e obesidade, mas superior ao estudo com enfermeiros do GHC (35%)⁽¹⁾. Pesquisa⁽¹³²⁾ com 570 trabalhadores de enfermagem de centros de saúde e hospitais de Campinas encontrou IMC médio de 25,8 kg/m². Outras pesquisas com trabalhadores de saúde evidenciam obesidade e sobrepeso na faixa de 46 a 62%^(11,133). Assim, o presente estudo apresentou porcentagem semelhante ou valores superiores na classificação do IMC em comparação aos estudos encontrados na literatura, revelando piores resultados.

As condições de trabalho vivenciadas por muitos trabalhadores de enfermagem, particularmente no ambiente hospitalar, têm lhes ocasionado problemas de saúde, provocando prejuízos sociais, pessoais e econômicos⁽¹⁹⁾. Em relação às doenças, 190 (74,8%) trabalhadores relataram possuir alguma doença com diagnóstico médico, coletada pelas questões do ICT. Metade dos trabalhadores tinha até duas doenças e um/quarto deles possuía pelo menos quatro. Problemas como hipertensão arterial sistêmica, varizes, alergias, *diabetes mellitus*, depressão, patologias do sistema digestório, osteomusculares, do sono e neuroses são frequentes em trabalhadores de enfermagem e estão associadas ao trabalho em turno, estresse laboral, atividades físicas desgastantes e sexo feminino^(19,116,120,134). Esses problemas podem afetar a saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente, provocar o absenteísmo⁽¹³⁵⁾.

Especificamente sobre as doenças osteomusculares com diagnóstico médico, em que também se utilizaram as questões do ICT para investigá-las, 110 (43,3%) trabalhadores informaram a presença dessas, sendo que a metade relatou até duas doenças osteomusculares.

O número de portadores dessas alterações aumentou discretamente entre a primeira e segunda coleta de dados, o que era esperado para a população da faixa etária dos 40 anos (em processo de envelhecimento). Os resultados são inferiores aos de outros estudos, que encontraram cervicodorsolombalgia em 54% de trabalhadores de enfermagem do turno da noite⁽¹²⁰⁾ (também com média de idade na faixa dos 40-45 anos) e 89% com comprometimento osteoarticular em um hospital particular⁽¹³⁴⁾.

Nos Estados Unidos, pesquisa⁽¹³⁶⁾ com 1163 enfermeiras encontrou prevalências relatadas de transtornos osteomusculares das costas, dos ombros e do pescoço na faixa de 29, 17 e 20%, respectivamente. Os achados também evidenciaram que as enfermeiras com mais de seis alterações no sistema de trabalho no ano anterior (como aumento da responsabilidade e maior demanda no trabalho) tiveram chance 3,42 vezes maior de ter um transtorno nas costas, 2,63 nos ombros e 4,45 no pescoço, em comparação a uma colega sem nenhuma dessas alterações no trabalho no ano anterior.

Estudo⁽¹¹⁾ com trabalhadores de uma instituição pública de saúde, o qual também utilizou o ICT para investigar doenças osteomusculares, encontrou porcentagem inferior ao presente estudo, visto que prevaleceu em 34% dos trabalhadores (também com média de idade de 42 anos). Assim, os resultados sobre doenças osteomusculares com DM dos trabalhadores pesquisados ocupam posição intermediária em comparação aos dados apresentados na literatura, embora a comparação esteja limitada devido às diferenças metodológicas para a coleta desse dado.

Na enfermagem, os distúrbios osteomusculares decorrem, em sua maioria, da diversidade de tarefas realizadas, desde o preparo da medicação e a verificação de sinais vitais até a mobilização do paciente de um lugar para o outro ou da sua mudança de posição. Essas tarefas decorrem, principalmente, dos cuidados de higiene e de conforto aos pacientes dependentes, práxis do dia-a-dia dos técnicos e auxiliares de enfermagem, e que refletem em sobrecarga física e doença nesses trabalhadores⁽¹²⁰⁾, embora não se tenha encontrado associação, nesse estudo, entre doenças osteomusculares e a profissão.

No que diz respeito à saúde mental, 20 (8,1%) trabalhadores apresentaram escore condizente com a suspeição de DPM na primeira coleta, sendo menor ainda na segunda coleta (6%). Sobre o *SRQ-20*, metade dos sujeitos obteve duas ou menos respostas sim (em ambas as coletas), com diminuição de um ponto nos quartis 25 e 75% na segunda coleta ($p < 0,01$), demonstrando bons resultados em comparação aos valores de suspeição de DPM encontrados na literatura.

Especificamente sobre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar, os valores de suspeição de DPM na literatura brasileira variam de 18,7 a 42,5%:

- 18,7% em Santa Maria⁽¹³⁾, com ponto de corte 6/7 para homens e 7/8 para mulheres;
- 23,6% no Rio de Janeiro⁽⁷³⁾, com ponto de corte 6/7 para ambos os sexos;
- 33% na cidade de Salvador⁽⁵⁹⁾, com ponto de corte 6/7 para ambos os sexos;
- 42,5% em Lajeado⁽⁷²⁾, com ponto de corte 6/7 para homens e 7/8 para mulheres.

Em hospital público de Salvador, Bahia, a prevalência de suspeição de DPM foi de 33,3% em profissionais de enfermagem, variando de 20% entre os enfermeiros a 36,4% entre os técnicos e auxiliares de enfermagem⁽⁵⁹⁾. Resultado superior foi encontrado em trabalhadores de enfermagem de unidades críticas de hospital privado do município de Lajeado, RS, em que a prevalência de suspeitos de DPM foi de 42,5%⁽⁷²⁾.

Outros grupos ocupacionais também apresentam valores superiores de suspeitos de DPM em relação a este estudo:

- 24,6% em 130 cirurgiões dentistas da Bahia⁽⁸¹⁾, com ponto de corte 6/7;
- 17,1% em trabalhadores de um Pronto Socorro de Porto Alegre⁽¹²³⁾, com ponto de corte 7/8, igual ao presente estudo;
- 19,1% em 314 professores universitários da Bahia⁽⁸¹⁾, com ponto de corte 6,7;
- 15,3% em trabalhadores de empresa portuária marítima de Santa Catarina⁽¹³⁷⁾, com ponto de corte 6/7;
- 23,4% em médicos de Pernambuco⁽¹³⁸⁾, com ponto de corte 7/8;
- 44,2% em 1024 professores de escolas municipais e privadas de Vitória da Conquista, Bahia⁽¹³⁹⁾, com ponto de corte 7/8;
- 50,1% em agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul⁽⁸⁰⁾, também com ponto de corte 7/8;
- 55,9% em 808 professores da rede municipal da mesma cidade⁽¹⁰⁴⁾, com ponto de corte 6/7.

Em relação à população geral, estudo⁽⁶⁸⁾ de base populacional, conduzido entre os anos de 1999 e 2000 na cidade de Pelotas, RS, encontrou prevalência de DPM suspeição de 28,5% entre os 1967 sujeitos entrevistados, utilizando ponto de corte 5/6 para homens e 6/7 para mulheres. Em São Paulo⁽¹⁶⁾, a prevalência foi de 24,9% em 2337 indivíduos maiores de 15 anos (ponto de corte 5/6 para homens e 7/8 para mulheres). Também em Pelotas, outro estudo, com 1276 adultos, indicou suspeição de DPM em 30,2% dos casos⁽²²⁾, com ponto de corte 5/6 para homens e 7/8 para mulheres. Em adultos da cidade de Olinda⁽¹⁵⁾, a prevalência

foi de 35% (ponto de corte 5/6), enquanto que em mulheres de Feira de Santana⁽¹³⁰⁾ foi de 39,4% (ponto de corte 6/7).

Ainda, pesquisa conduzida na cidade de Pernambuco encontrou prevalência de suspeição de DPM de 34,1% em estudantes da área da saúde⁽⁷⁴⁾, com ponto de corte 5/6 para homens e 7/8 para mulheres. Com profissionais de saúde mental da Universidade Federal de São Paulo, a prevalência foi de 15,8%⁽¹⁴⁰⁾, utilizando ponto de corte 7/8, igual ao presente estudo.

Conforme verificado, todos os valores são superiores ao presente estudo, cuja prevalência foi de 8,1 e 6%, na primeira e na segunda coleta, respectivamente. Convém reforçar que, nos estudos acima, foram utilizados pontos de corte distintos, no *SRQ-20*, para a suspeição de DPM, o que limita a comparação entre estudos. No presente, utilizou-se o ponto de corte sete, independente do sexo, conforme investigação nacional que encontrou maior poder discriminante para suspeição de DPM com esse critério⁽¹⁰²⁾.

No entanto, mesmo na comparação com aquelas pesquisas que utilizaram o mesmo ponto de corte, o estudo apresentou porcentagem menor de suspeição de DPM, como em professores de escolas municipais e privadas de Vitória da Conquista⁽¹³⁹⁾, em médicos de Pernambuco⁽¹³⁸⁾, em agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul⁽⁸⁰⁾, em trabalhadores de um Pronto Socorro de Porto Alegre⁽¹²³⁾ e em profissionais de saúde mental da Universidade Federal de São Paulo⁽¹⁴⁰⁾.

Convém salientar que, por se tratar de um estudo longitudinal, não foram incluídos os indivíduos que estavam afastados na primeira coleta. Também não puderam ser acompanhados aqueles em afastamento na segunda coleta, pois não se teria a sua permissão para investigar os dados do absentéismo. Com isso, os resultados podem estar sofrendo viés pelo efeito do trabalhador sadio, ou seja: pode ter influenciado a seleção de uma população sadia, isto é, haveria uma exclusão de pessoas com doenças, ficando remanescentes aquelas com a saúde mais preservada, o que é uma limitação nos estudos de coorte em saúde do trabalhador⁽¹⁴¹⁻¹⁴²⁾.

Em relação ao cargo, setor e turno de trabalho, os dados deste estudo precisam ser analisados com cautela, ao passo que a amostra foi por conveniência não probabilística, podendo não refletir a disposição do hospital quanto a essas variáveis.

A distribuição dos trabalhadores de enfermagem conforme a profissão exercida na instituição concentra-se em nível técnico (78,3%), sendo 107 (42,1%) técnicos de enfermagem e 92 (36,2%) auxiliares de enfermagem. Os enfermeiros representaram 21,7% da

amostra. Reforça-se que, nesse estudo, técnicos e auxiliares de enfermagem foram agrupados, pois, no HCPA, realizam trabalho assistencial semelhante^(18,72). Os dados assemelham-se a distribuição dos trabalhadores de enfermagem do HCPA no ano de início do estudo, em que os enfermeiros correspondiam a 24,3% dos trabalhadores de enfermagem, segundo o Relatório de Gestão⁽⁹⁴⁾.

Estudo que verificou o absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem do HU da USP encontrou distribuição similar, sendo 26,9% enfermeiros e 71,2% técnicos/auxiliares de enfermagem (1,2% eram atendentes de enfermagem, profissão extinta pelo Conselho Federal de Enfermagem)⁽⁸⁸⁾.

O maior número de técnicos/auxiliares de enfermagem é consequência da divisão de tarefas na profissão. Eles são os profissionais que realizam os cuidados de higiene, medicação e procedimentos de menor complexidade junto ao paciente, necessitando de um contingente maior de trabalhadores, em face da maior demanda dessas atividades. Os enfermeiros, por sua vez, realizam os cuidados de enfermagem de maior complexidade, além da gestão da unidade e chefia da equipe, representando menor número nos serviços de saúde.

Conforme a Resolução nº 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem, a distribuição percentual dos profissionais na equipe de enfermagem deveria considerar proporções de 33 a 37% para enfermeiros e de 63 a 67% para técnicos e auxiliares de enfermagem⁽¹⁴³⁾, o que, sabe-se, não é uma realidade seguida no país.

Verificou-se que a maior porcentagem (44,9%) trabalhava em Unidades de Internação Adulto (UIA), seguida pelas Unidades de Alta Complexidade (UAC) – com 29,1% – e pelas Unidades de Internação Pediátrica (UIP) – com 23,6%. Houve diferença ($p < 0,01$) nos resultados das categorias dos setores entre as duas coletas, com aumento de trabalhadores nas UAC e nas Unidades de Atendimento Ambulatorial (UAA).

Pesquisas com trabalhadores de enfermagem do HU de Santa Maria e com enfermeiros da Unidade Campus do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP encontram distribuição semelhante ao presente estudo quanto à distribuição do setor de trabalho. Nesses estudos, foram mais frequentes os trabalhadores de enfermagem em unidades de internação adulto, seguidas pelas unidades de alta complexidade, pediátricas e ambulatoriais^(18,144).

Houve diferença significativa entre as duas coletas de dados quanto ao setor de trabalho, o que pode ser explicado por remanejamento no hospital, principalmente por processos

seletivos internos. É comum, no hospital, a troca de setor e de turno de trabalho entre os seus profissionais.

A enfermagem, por trabalhar 24 horas ininterruptas, utiliza a organização do trabalho em turnos. Com relação a isto, evidenciou-se predomínio dos trabalhadores noturnos (48%), seguidos da tarde (25,6%) e da manhã (21,7%). No HCPA, a equipe de enfermagem é contratada em um regime de 36 ou de 40 horas semanais (conforme período de contratação), em seis plantões diurnos de seis horas e quinze minutos para cada equipe (manhã das 07h as 13h15 e tarde das 13h as 19h15), com uma folga semanal, mais as equivalentes aos feriados. Os plantões noturnos são de doze horas e quinze minutos (19h as 07h15) para cada uma das três equipes, com um intervalo de cerca de 60 horas de descanso (acarretando em 10 ou onze plantões/mês). Há, ainda, turnos diferenciados, como o intermediário (seis horas diárias, predominantemente no horário da tarde, das 17h à 01h, mas podendo mudar conforme a necessidade de cada unidade) e o sexto turno (doze horas de plantão, das 07h às 19hs, aos sábados, domingos e feriados, exclusivo para enfermeiros). A escala de trabalho do hospital considera uma equipe de enfermagem para a manhã, uma para a tarde e três para o turno da noite, por isso o predomínio de trabalhadores noturno na presente pesquisa.

Em comparação à literatura nacional, encontraram-se poucos trabalhadores com outro emprego (5,9% e 9,4%, na primeira e na segunda coleta, respectivamente). Em outros estudos com trabalhadores de enfermagem, a porcentagem encontrada daqueles com mais de um emprego variou de 16 a 54%^(1,18,25,59,123,132,145-146), nas diferentes regiões do país.

Na enfermagem, é frequente a dupla ou tripla jornada de trabalho, decorrente do trabalho em turnos, que propicia tempo para outro vínculo. Somado a isso, tem-se a baixa remuneração da profissão em comparação às outras da área da saúde (embora não possa ser generalizado), o que leva o profissional a buscar complementação na renda⁽¹⁴⁷⁾. Contudo, convém salientar que, nesse estudo, a porcentagem de trabalhadores com outro emprego foi inferior aos supracitados, talvez porquê em instituições públicas, em geral, a remuneração seja superior à iniciativa privada. Mesmo assim, considerando-se a sobrecarga de trabalho, é importante ressaltar que como a amostra é majoritariamente feminina, é possível que muitas possuam dupla jornada de trabalho (levando-se em conta os afazeres em seus lares).

A baixa porcentagem de pessoas com outro emprego talvez explique os 91% de pessoas com tempo para lazer, considerando-se a premissa de que o acúmulo de empregos reduz o tempo livre. O acúmulo de empregos, geralmente ocasionado pela necessidade de

complementação da renda, priva o trabalhador do convívio familiar e do lazer, devido ao extenso tempo que encontra-se no trabalho^(144,148).

Quando questionados sobre o trabalho, a maioria dos entrevistados referiu satisfação com o local de trabalho (96,4%), superior a outros estudos: 70,5% dos enfermeiros do GHC⁽¹⁾ e 58,7% em trabalhadores da saúde de um pronto socorro de Porto Alegre⁽¹²³⁾. Em pesquisa com agentes socioeducadores de centros de atendimento socioeducativo do Rio Grande do Sul, a maioria (52,3%) relatou insatisfação com o trabalho⁽⁸⁰⁾. Em relação à escala de trabalho, 75,1% dos trabalhadores do HCPA informaram satisfação. Convém destacar a dificuldade de comparar esses dados com a literatura, haja vista a escassez de estudos analisando essas variáveis conjuntamente.

Entre a primeira e a segunda coleta de dados, evidenciou-se diminuição na satisfação com o local e com escala de trabalho, bem como com a remuneração. Compreender a satisfação com os aspectos do trabalho não é uma tarefa simples, à medida que é um fenômeno complexo e de difícil mensuração, pois abarca o estado pessoal, oscilando de acordo com cada pessoa e situação ao longo do tempo⁽¹⁴⁹⁾. Para melhor interpretar as questões envolvendo a satisfação, estudos com outros delineamentos metodológicos (como os estudos qualitativos) teriam melhor aplicação, não sendo o objeto de estudo da presente pesquisa.

No que se refere à escala de trabalho, na enfermagem, é comum o problema da escassez de trabalhadores, face às dificuldades do sistema de saúde no país, o que acarreta em sobrecarga no trabalho. No entanto, conhecendo a realidade do HCPA, hospital-escola vinculado academicamente ao Ministério da Educação, os problemas com o quantitativo de funcionários não condizem com a realidade de outras instituições hospitalares. Além de se trabalhar com maior número de funcionários na escala de trabalho (o que é corroborado com o valor da satisfação apresentado), há ainda os estagiários e os acadêmicos de enfermagem da UFRGS e de outras Universidades que, em geral, auxiliam no trabalho, podendo reduzir a demanda com a assistência. Contudo, precisa-se ponderar que, os acadêmicos e estagiários, num primeiro momento, podem produzir demanda aos trabalhadores por necessitarem de atenção/auxílio na adaptação para o trabalho na unidade.

Ainda, comparando os dados sobre a satisfação com a escala e o local de trabalho, os valores foram inferiores com o segundo, indicando que a satisfação com o local de trabalho envolve aspectos extrínsecos à escala de trabalho (talvez remuneração, benefícios, ambiente físico, relação interpessoal, valorização profissional, entre outros). Essas características precisam ser investigadas em estudos específicos.

Na presente pesquisa, a satisfação com a renda ficou em 71,4%, em que zero é insatisfeito e 100% é total satisfação. Entre a primeira e a segunda coleta de dados, evidenciou-se diminuição de sete pontos percentuais na satisfação com a remuneração ($p < 0,05$). Pressupõe que, ao longo do tempo, a satisfação com a renda vá diminuindo em trabalhadores assalariados, talvez devido à desvalorização salarial pela inflação (quando não corrigida adequadamente), pelo aumento dos gastos na família (saúde, alimentação, viagens, outros) ou, ainda, pela perspectiva de melhora salarial, por vezes não correspondida.

No que tange à capacidade para o trabalho, verificada pelo ICT, o escore médio da amostra foi de 41 pontos, o que representa boa capacidade para o trabalho segundo a categorização da escala⁽¹⁷⁾. A maioria (82%) apresentou escore bom/ótimo no ICT.

Em Campinas, estudo⁽¹³²⁾ que agrupou 570 trabalhadores de enfermagem (163 de hospital público municipal, 105 de centros de saúde e 302 de hospital público estadual) de duas pesquisas, encontrou média de capacidade para o trabalho de 39,3 pontos. Em trabalhadores de um hospital de pronto socorro de Campinas⁽⁵⁸⁾, o escore médio do ICT foi de 42 (boa capacidade), sendo que 87% apresentou boa/ótima capacidade para o trabalho. Em trabalhadores de enfermagem de um complexo hospitalar de Porto Alegre⁽²⁵⁾, o escore médio foi de 41,8, sendo 83,2% com boa/ótima capacidade. Outra pesquisa⁽¹²⁵⁾ com trabalhadores de enfermagem apontou 77,8% com boa/ótima capacidade para o trabalho. Com enfermeiros do GHC⁽¹⁵⁰⁾, os valores do ICT foram inferiores ao presente estudo, visto que apenas 48% apresentaram boa/ótima capacidade para o trabalho. Da mesma forma, no estudo conduzido na Alemanha, com 1463 trabalhadores de diferentes profissões, 66,1% apresentaram boa/ótima capacidade para o trabalho⁽¹⁵¹⁾.

Em outras áreas, pesquisa em empresa metalúrgica da cidade de Curitiba, com 55 indivíduos, indicou 84% dos trabalhadores com boa/ótima capacidade para o trabalho⁽¹⁵²⁾. Em 2009, pesquisadores identificaram a média de 41,8 pontos no ICT entre 475 trabalhadores de empresa do setor elétrico⁽¹⁵³⁾. Em trabalhadores de uma empresa de transporte coletivo de Belo Horizonte, a capacidade para o trabalho foi boa/ótima em 89% dos casos⁽¹⁵⁴⁾. Ainda, com 69 trabalhadores de higiene e limpeza de um HU de Campinas, 53,6% tiveram boa/ótima capacidade para o trabalho⁽⁶⁰⁾.

Dessa forma, os dados do ICT desse estudo indicam que a capacidade para o trabalho da equipe de enfermagem estudada é igual, ou melhor, em comparação à literatura. Contudo, o fato de haver considerável percentual de trabalhadores com boa e ótima capacidade laboral não exclui os esforços no sentido de promover e manter a capacidade para o trabalho, pois

esses trabalhadores alcançarão idade para aposentadoria aos 60-65 anos, restando-lhes, portanto, cerca de 20 anos para se manterem ativos⁽¹¹⁵⁾.

Quanto ao estresse laboral, verificado pela *JSS*, a maioria dos trabalhadores encontrava-se em situação de trabalho estressante à saúde (67,2%), ou seja, Trabalho Passivo (38,2%) ou Alta Exigência (29%), conforme MDC.

Em Porto Alegre, estudo com 388 trabalhadores de enfermagem de um Pronto Socorro encontrou 57% dos trabalhadores com Trabalho Passivo (35,6%) ou Alta Exigência (21,4%), situações de estresse laboral⁽¹⁴⁵⁾. Em 127 trabalhadores de enfermagem de unidades críticas de um hospital de Lajeado, a maioria (63,8%) apresentou trabalho estressante – Alta Exigência (44,1%) ou Trabalho Passivo (19,7%)⁽⁷²⁾.

Na Universidade Federal de Santa Maria, pesquisa com professores substitutos da área da saúde evidenciou estresse no trabalho em 56% dos casos (20% Trabalho Passivo e 36% Alta Exigência)⁽¹⁵⁵⁾. Na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no estudo Pró-Saúde envolvendo 2343 funcionários técnico-administrativos, 35,4% dos trabalhadores indicaram Trabalho Passivo e 14% Alta Exigência, evidenciando 49,4% expostos a estresse laboral⁽¹⁵⁶⁾.

Assim, os resultados do presente estudo indicam valores elevados de estresse laboral (67,2%) na amostra de trabalhadores de enfermagem pesquisada, quando comparados com a literatura revisada (na faixa de 49,4% a 63,8%). No entanto, convém salientar que a comparação dos resultados do MDC entre diferentes estudos tem limitações, pois os quadrantes são formados a partir da mediana das dimensões da escala em cada estudo, construindo os grupos conforme cada realidade/estudo.

Os achados referentes ao MDC reforçam a necessidade de se atentar às condições de trabalho, visto que as situações ideais de Baixa Exigência (25,2% e 21%) ou Trabalho Ativo (7,6% e 11,3%) foram as menos frequentes em ambas as coletas. Esses dados precisam ser considerados pelas políticas de saúde do trabalhador do hospital, a fim de se encontrarem mecanismos para reverter essa situação. A busca pela manutenção da saúde dos trabalhadores de enfermagem, ao longo dos anos, é uma necessidade precípua, evitando-se, assim, envelhecimento precoce, incapacidade e absenteísmo⁽¹¹⁵⁾. Entre as alternativas para se alcançar esse objetivo, tem-se, por exemplo, a implementação de instrumentos de dimensionamento de pessoal de enfermagem no intuito de diminuir a demanda psicossocial e aumentar o controle sobre o trabalho, e com isso criar espaços para discussão sobre o processo de trabalho entre as diferentes categorias profissionais da equipe.

O dimensionamento de pessoal na enfermagem é uma importante ferramenta de auxílio e suporte para o enfermeiro prover o quantitativo e qualitativo suficiente de trabalhadores para a realização das atividades de enfermagem. Utilizando-o, embasado nas atividades a serem oferecidas numa determinada unidade, pressupõe uma equipe com numero adequado de profissionais de forma a não sobrecarregar o trabalhador, por distribuir a demanda de trabalho. Nessa ótica, representa uma estratégia que pode minimizar o absenteísmo na enfermagem⁽¹³⁵⁾.

Ainda referente à *JSS*, a maioria (64,2%) dos trabalhadores caracterizou-se por baixo Apoio Social, outra dimensão da escala, valores superiores ao do estudo com trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro de Porto Alegre, cuja porcentagem foi de 53,9%⁽¹⁴⁵⁾. O Apoio Social tem sido associado aos melhores níveis de saúde, pois elevados níveis de apoio agem como fator de proteção diante dos riscos de doenças provocadas, por exemplo, pelo estresse⁽¹⁵⁷⁾.

Entre os trabalhadores que percebem baixo Apoio Social, o número de estressados é significativamente superior do que no grupo que percebe esse apoio. O Apoio Social elevado é um fator de proteção do indivíduo contra os efeitos nocivos do estresse. Avalia a qualidade do ambiente de trabalho, se esse é tranquilo e agradável, o tipo de relacionamento entre profissionais, o apoio e a compreensão entre colegas e chefia, servindo como mecanismo para atenuar os efeitos da alta Demanda e baixo Controle⁽¹⁾.

O baixo Apoio Social, na enfermagem, caracteriza um aspecto vulnerável no contexto da profissão. Relações de subordinação (técnico/auxiliar de enfermagem com o enfermeiro) estabelecem, muitas vezes, interações difíceis e sem apoio⁽⁷⁷⁾, que podem ser marcadas por rigidez, hierarquia, relação de poder e autoritarismo. Nessa perspectiva, o trabalho em enfermagem, que deveria ser pautado no bom relacionamento em equipe, pode passar a ser regido por interações conflituosas, estressantes e distantes.

Então, o fato de o trabalhador possuir Apoio Social no ambiente de trabalho torna-se um fator de proteção tanto da saúde física quanto da saúde mental deste indivíduo. As relações de apoio no trabalho, tanto por parte dos colegas quanto das chefias, favorecem a resolução de problemas, e, conseqüentemente, contribuem para a redução do estresse, além de fomentarem o bem-estar e a saúde dos trabalhadores. Assim sendo, constrói-se uma relação de apoio mutuamente benéfica⁽⁸⁰⁾.

Nesse sentido, considera-se que o baixo Apoio Social, juntamente com a Alta Exigência ou Trabalho Passivo (pessoas com baixos níveis de interação social com colegas e chefes e com trabalho estressante), propicia o desenvolvimento de agravos à saúde⁽¹⁴⁵⁾. Nesse

cenário, torna-se necessária a criação de mecanismos para melhorar o Apoio Social no ambiente hospitalar, pois pode atenuar os efeitos do trabalho estressante, por meio do bom relacionamento interpessoal.

7.2 Considerações acerca dos DPM e do estresse laboral

Com relação aos DPM e ao estresse laboral, este estudo tem como um dos seus objetivos específicos verificar a associação entre as características individuais (sociodemográficas e de saúde) e laborais com a suspeição de distúrbios psiquiátricos menores e estresse laboral.

Houve associação entre suspeição de DPM e as variáveis: número de filhos e tempo para lazer, sendo maior a porcentagem de DPM entre os trabalhadores de enfermagem com três ou mais filhos e entre aqueles sem tempo para lazer. Nas demais variáveis sociodemográficas e de saúde, não houve diferença estatisticamente significativa na porcentagem, conforme os grupos e a suspeita de DPM.

Pesquisas evidenciam que características sociodemográficas como sexo feminino^(16,73), baixa escolaridade^(15-16,68,130) ou renda^(15,68,130) estão relacionadas à suspeição de DPM. No entanto, essas associações não foram verificadas neste estudo, em que a distribuição de DPM foi similar entre o sexo (13,8% nos homens e 7,3% nas mulheres, $p=0,26$) e anos de estudo (6,7% naqueles com até 12 anos de estudos e 10,8% naqueles com maior escolaridade, $p=0,37$).

De igual forma, não houve diferença significativa na porcentagem de suspeição de DPM conforme idade e situação conjugal. Na literatura^(16,22,73-74,80,130), há divergência nos achados sobre a relação entre DPM com idade, filhos e estado conjugal, não evidenciando um parâmetro.

No que diz respeito aos filhos, pesquisa realizada com 2055 mulheres da Zona Urbana de Feira de Santana, Bahia⁽¹³⁰⁾, também evidenciou maior prevalência de suspeição de DPM nos sujeitos com filho(s). Em contrapartida, estudo com trabalhadores de enfermagem de um hospital federal da cidade do Rio de Janeiro encontrou maior porcentagem de suspeitos de DPM nos indivíduos sem filho⁽⁷³⁾, enquanto que em estudantes da área da saúde não houve associação entre possuir filhos e suspeição de DPM⁽⁷⁴⁾.

Nos trabalhadores de enfermagem do HCPA, não houve relação entre suspeição de DPM e possuir filho (sim ou não). Contudo, a porcentagem de suspeição de DPM foi maior naqueles que possuíam três ou mais filhos ($p < 0,01$), resultado que converge com o estudo realizado com professores da rede municipal da cidade de Vitória da Conquista, Bahia⁽¹⁰⁴⁾.

No que se refere à idade, não houve associação dos grupos com a suspeição de DPM, semelhante à pesquisa com estudantes da área da saúde de Pernambuco⁽⁷⁴⁾. Diferentemente, outros estudos evidenciaram maior prevalência de suspeição de DPM com maior faixa etária, como em adultos das cidades de Pelotas⁽²²⁾ e de São Paulo⁽¹⁶⁾ ou entre os mais jovens, como em trabalhadores de enfermagem do Rio de Janeiro⁽⁷³⁾ e agentes socioeducadores de centros socioeducativos do Rio Grande do Sul⁽⁸⁰⁾, evidenciando não haver um parâmetro.

Em relação às variáveis de saúde, houve associação de suspeição de DPM com a variável tempo para lazer, sendo maior naqueles sem tempo para lazer (22,7% *versus* 6,7%, $p = 0,02$). Resultado semelhante foi evidenciado em estudo com mulheres de Feira de Santana⁽¹³⁰⁾, que apontou maior prevalência de suspeição de DPM entre aquelas com sobrecarga de trabalho doméstico e sem tempo para lazer. Em agentes socioeducativos (a maioria mulheres e com filhos), também foi significativamente maior a porcentagem de suspeição de DPM naqueles sem tempo para lazer (75% *versus* 25%). Esses resultados sugerem que a impossibilidade ou restrição do tempo livre para lazer, por vezes associado aos múltiplos papéis exercidos pela mulher na sociedade, podem suscitar sofrimento mental. Uma hipótese, com base nesses achados, seria que mulheres com mais filhos teriam menos tempo para lazer e, conseqüentemente, maior prevalência de suspeição de DPM. No entanto, recomenda-se o aprofundamento do tema em estudos futuros para uma melhor compreensão.

Ainda, a falta de tempo para lazer também pode estar relacionada, na profissão, ao trabalho em turnos e em plantões. Sobre isso, o trabalho em turnos e em plantões é uma característica do exercício da enfermagem, sendo imperativo, principalmente nos hospitais, uma vez que a assistência é prestada durante as 24 horas do dia, nos sete dias da semana, ininterruptamente. Essa condição acarreta que a assistência ocorra à noite, nos finais de semana, nos feriados, períodos utilizados por outros trabalhadores para dormir, descansar, usufruir do lazer e do convívio social e familiar⁽²⁶⁾. Assim, essas atividades, ao estarem diminuídas nos trabalhadores de enfermagem, podem convergir para problemas de saúde mental, levando o trabalhador ao isolamento social, especialmente por não estar em casa na maioria dos finais de semana e feriados. Agrava-se, ainda, quando o trabalhador acumula outros empregos (favorecido pelo trabalho em turnos), o que diminui ainda mais o tempo para lazer, conforme verificado nesse estudo, em que a falta de tempo para lazer foi

significativamente maior entre os trabalhadores com outro emprego (33,3% versus 7,2%), apesar do baixo número de trabalhadores com duplo emprego.

Não houve diferença significativa ($p=0,32$) na porcentagem de suspeição de DPM conforme prática de atividade física regular, similar a estudo com professores do ensino municipal da cidade de Vitória da Conquista, que não evidenciou relação entre atividade física ou atividade de lazer com a suspeição de DPM⁽¹⁰⁴⁾.

No que se refere às horas de sono, também não houve diferença na proporção de suspeição de DPM entre os grupos ($p=0,80$), embora a literatura⁽¹⁵⁸⁾ enfatize que as alterações do sono são notáveis na maioria dos transtornos psiquiátricos, sendo as mais frequentes a dificuldade para iniciar e manter o sono (insônia inicial e de manutenção, respectivamente) e o sono não reparador.

Com relação ao IMC, não houve diferença na prevalência de suspeição de DPM conforme IMC normal ou alterado (8,1% com suspeição de DPM em ambos os grupos). Esses dados são corroborados pelo estudo de base populacional conduzido junto a 1967 pessoas da cidade de Pelotas, em que não foi encontrada relação entre a classificação do IMC com a suspeição de DPM (também utilizando o *SRQ-20*)⁽⁶⁸⁾. Salienta-se a dificuldade em se comparar os resultados dos DPM com as variáveis IMC, atividade física regular, tempo para lazer e horas de sono, haja vista a escassez/inexistência de estudos que associem essas variáveis.

Sobre o auto-relato de doenças com DM e de doenças osteomusculares com DM, não houve diferença entre os grupos com relação à suspeição de DPM. Naqueles com doença, 9,2% apresentaram escore condizente com suspeição de DPM (versus 4,7%, $p=0,37$), enquanto que nos que relataram possuir doença osteomuscular com DM, o valor foi de 7,4% (versus 8,6%, $p=0,92$).

No entanto, as doenças têm sido associadas aos DPM. No estudo Pró-Saúde⁽⁷⁵⁾ (não utilizou *SRQ-20*), com 4030 indivíduos da cidade do Rio de Janeiro, identificou-se que ter problema sério de saúde foi um dos eventos de vida associados à suspeição de DPM (*Odds Ratio*=1,81, *IC95%*=1,54-2,95).

Em Pelotas⁽²²⁾, estudo que investigou os DPM e a associação com doenças crônicas em 1327 adultos, encontrou que todas as doenças crônicas pesquisadas mostraram-se associadas à suspeição de DPM. O número de enfermidades apresentadas pelo indivíduo teve maior importância do que cada uma delas individualmente, com uma razão de prevalência de 4,67 e *IC95%*= 3,19-6,83 para cinco ou mais doenças relatadas. Em outro estudo realizado em Pelotas⁽⁶⁸⁾, com 1967 adultos, a suspeição de DPM mantiveram-se associados com a presença

de doença(s) crônica(s) não transmissível(eis), mesmo após análise multivariada (*Odds Ratio*=1,4, IC95%=1,06-1,76).

Em agentes socioeducadores de centros de atendimento socioeducativo do Rio Grande do Sul, foi significativamente maior a prevalência de suspeição de DPM entre os que faziam uso de medicação e naqueles que necessitavam de atendimento médico ou psicológico⁽⁸⁰⁾.

Mesmo não havendo, nesse estudo, relação entre suspeição de DPM com doenças com DM, salienta-se a importância de atentar para os DPM em indivíduos com enfermidades crônicas, principalmente naqueles que apresentam um grande número de doenças⁽²²⁾, visto os dados da literatura científica. Além disso, ambas as variáveis (suspeição de DPM e doenças com DM) tiveram associação com absenteísmo, como será discutido adiante.

Com relação às variáveis laborais e DPM, foi maior a porcentagem ($p<0,01$) de suspeição de DPM entre os trabalhadores de enfermagem insatisfeitos com o local de trabalho (44,4% *versus* 6,7%, $p<0,01$) e naqueles com baixa/moderada capacidade para o trabalho (20,5% *versus* 4,5%, $p<0,01$), conforme escore do ICT. Também houve tendência ($p=0,06$) de maior porcentagem de suspeição de DPM entre os insatisfeitos com a escala de trabalho (14,5% *versus* 5,9%). Nas demais variáveis laborais investigadas, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos e a suspeição de DPM. Contudo, outros estudos encontraram associação entre DPM e variáveis laborais como setor de trabalho, profissão e estresse laboral, conforme segue abaixo.

No estudo com trabalhadores de enfermagem de unidades críticas de um hospital de Lajeado, a porcentagem de suspeição de DPM foi menor nos trabalhadores com dois ou mais empregos (32,4% *versus* 46,6%), mas sem significância estatística⁽⁷²⁾. No presente estudo, no entanto, foi maior a porcentagem de suspeição de DPM nos trabalhadores com outro emprego (20% *versus* 7,3%), mas sem resultado estatisticamente significativo, talvez pelo número pequeno de sujeitos com outro emprego ou suspeitos de DPM, levando a um pequeno número de casos em cada célula. Além disso, possuir outro emprego pode ser interpretado por um lado como fator de motivação, tendo em vista que o indivíduo pode desenvolver maior autonomia e poder de decisão; porém, por outro lado, pode ser um fator de desgaste para os trabalhadores, à medida que se torne uma sobrecarga de trabalho⁽⁸⁰⁾. Com isso, estudos específicos sobre os efeitos da dupla ou da tripla jornada de trabalho precisam ser conduzidos, a fim de esclarecer melhor essa relação.

Sobre os quadrantes da JSS, estudo com trabalhadores de enfermagem de unidades críticas não encontrou diferença significativa entre trabalho de Alta Exigência e trabalho de

Baixa Exigência com a suspeição de DPM⁽⁷²⁾, embora a porcentagem naqueles com Alta Exigência tenha sido maior (48,2% versus 27,8%).

Em 502 trabalhadoras de enfermagem de um hospital público de Salvador, a prevalência de suspeição de DPM foi mais elevada (RP=2,6, IC95=1,81-3,75) no quadrante de trabalho de Alta Exigência quando comparados com os de Baixa Exigência. Ainda, quanto maior o Controle e menor a Demanda, maior a prevalência de suspeição de DPM ($p<0,05$)⁽⁵⁹⁾.

Em 2002, estudo⁽¹⁰⁵⁾ com médicos da cidade de Salvador, utilizando a versão com 49 questões do *Job Content Questionnaire (JCQ)*, encontrou predominância do trabalho de Alta Exigência entre os entrevistados. Os médicos com trabalho de Alta Exigência apresentaram 3,07 vezes mais suspeição de DPM (ponto de corte 7/8) do que aqueles com Baixa Exigência no trabalho.

Em agentes socioeducadores de centros de atendimento socioeducativo do Rio Grande do Sul, a chance de suspeição de DPM, após ajuste por potenciais confundidores, foi maior no quadrante Trabalho Ativo (*Odds ratio*=1,99; IC95%=1,09-3,63), seguido do quadrante Alta Exigência (*Odds ratio*=2,05; IC95%=1,03-4,09), quando comparado com os agentes pertencentes ao quadrante Baixa Exigência⁽⁸⁰⁾.

No presente estudo, a porcentagem de suspeição de DPM também foi maior (10,3%) nos trabalhadores com Alta Exigência ou Trabalho Passivo (situações de estresse laboral) em comparação àqueles com Trabalho Ativo ou Baixa Exigência (5,2%), mas sem significância estatística ($p=0,29$).

Salienta-se a dificuldade de comparação entre as variáveis DPM e quadrantes do modelo de Karasek, conforme o instrumento *JSS*, devido à escassez de estudos. A maioria dos estudos conduzidos utiliza a versão completa do instrumento de estresse laboral (*JCQ*), bem como utilizam pontos de corte distintos para o *SRQ-20*, dificultando e limitando confrontar os dados.

Também se buscou avaliar a relação das variáveis sociodemográficas, de saúde e laborais com o estresse laboral, conforme MDC de Karasek, visando entender os fatores associados ao estresse no trabalho. A fim de aumentar o poder estatístico, e com base no referencial de Karasek, dividiu-se o quadrante em dois pólos: trabalho estressante (Trabalho Passivo ou Alta Exigência) e não-estressante (Trabalho Ativo ou Baixa Exigência).

O estresse laboral foi maior naqueles com menor escolaridade (73,6% versus 57,8%, $p=0,01$), nos técnicos e auxiliares de enfermagem (73% versus 47,2%, $p<0,01$) e naqueles com baixo Apoio Social (73,7% versus 54,4%, $p<0,01$).

O estresse laboral naqueles com menor escolaridade pode ser explicado pelo cargo dos indivíduos do que propriamente pela escolaridade, visto que tem relação com a profissão, ou seja: os enfermeiros, pela exigência da profissão, possuem maior escolaridade em relação aos técnicos e auxiliares. Os técnicos e auxiliares de enfermagem, no seu dia-a-dia, voltam-se, principalmente, às atividades assistenciais junto aos pacientes, o que ocasionam altas Demandas (muitas tarefas) e pouco Controle (tarefas rotineiras e repetitivas). O enfermeiro, por sua vez, desempenha outras funções além das assistenciais, como educação e gerenciamento, conseguindo manter maior controle sobre o seu trabalho⁽⁷²⁾ em comparação aos profissionais de nível médio. Outros estudos também encontraram maior estresse laboral nos técnicos e auxiliares de enfermagem^(59,145).

Nesse sentido, identificou-se que o trabalho estressante foi maior nos auxiliares e técnicos de enfermagem (73%) em comparação aos enfermeiros (47,2%), com significância estatística ($p < 0,01$). Contudo, o estresse laboral não influenciou a taxa de absenteísmo, como será discutido posteriormente.

Sobre o Apoio Social, a diminuição da percepção do Apoio Social tem relação com o estresse no trabalho. Outra pesquisa⁽¹⁵⁹⁾ também encontrou relação do Apoio Social com os quadrantes do MDC: as trabalhadoras com menor escore de Apoio Social no trabalho apresentavam quatro vezes mais chances de estarem no grupo de Alta Exigência em comparação àquelas com alto Apoio Social. No estudo com trabalhadores de enfermagem de um hospital público de Salvador⁽⁵⁹⁾, a proporção de trabalhadores com baixo Apoio Social também foi superior no quadrante de Alta Exigência (73,3%), sendo que o alto Apoio Social apresentou proporções maiores de Baixa Exigência (69,2%) e Trabalho Ativo (68,5%). Em estudo com enfermeiros gaúchos⁽¹⁾, o baixo Apoio Social de chefias e colegas associou-se significativamente ao estresse laboral. Em trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro de Porto Alegre, o baixo Apoio Social também esteve associado ao estresse laboral⁽¹⁴⁵⁾.

As outras variáveis sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal e filhos), de saúde (atividade física, sono, lazer, IMC e doenças) e laborais (setor, turno, outro emprego, ICT e satisfação com escala e local de trabalho) não apresentaram relação com o estresse laboral. Assim, evidenciou-se que o estresse no trabalho independe das características sociodemográficas e de saúde dos trabalhadores, visto que somente as variáveis anos de estudo, cargo e Apoio Social estiveram associadas. Alguns dados corroboram o estudo⁽¹⁾ realizado com enfermeiros de um grupo hospitalar de Porto Alegre, em que o estresse laboral não relacionou-se ao sexo, idade, IMC, tempo para lazer, turno, escala de trabalho, capacidade

para o trabalho e outro emprego. No entanto, foi associado à unidade de trabalho (de cuidado a adultos), situação conjugal (com companheiro) e insatisfação com o local de trabalho. Da mesma forma, o estudo⁽¹⁴⁵⁾ com enfermeiros de um pronto socorro de Porto Alegre não encontrou associação entre o estresse laboral e as variáveis outro emprego e setor de trabalho.

7.3 Considerações acerca do absenteísmo na enfermagem

Primeiramente, salientam-se as dificuldades e limitações para as discussões do absenteísmo no trabalho de enfermagem, tendo em vista as diferentes abordagens existentes na literatura com relação a este tema. Foram encontradas diversas formas e critérios para a análise do absenteísmo, variando conforme objetivos e métodos utilizados. Assim, nos estudos analisados, ora o absenteísmo era considerado como qualquer ausência ao trabalho (previstas ou não previstas), ora como as ausências não previstas (faltas injustificadas ou licenças-saúde, maternidade/paternidade, gala, nojo, vestibular) ou, ainda, somente como as faltas por motivo de doenças.

No presente estudo, considerou-se absenteísmo as faltas não previstas, tais como acidentes de trabalho, licenças-saúde, faltas sem justificativa ou afastamentos prolongados pelo INSS. Excluíram-se os atrasos, as faltas planejadas, as não relacionadas à doença (licença-gala, nojo, vestibular, serviço militar, por exemplo) e as licenças-maternidade, a fim de analisar o absenteísmo decorrente do processo saúde-doença. Nesse sentido, foram incluídas as faltas sem justificativa porque, em algumas situações, estão relacionadas a problemas de saúde de pequena duração e que não originam atestado de saúde ou ainda podem ser manifestação de insatisfação no trabalho.

Outra dificuldade encontrada refere-se aos índices de absenteísmo, pois há, na literatura, diferentes equações para abordar a variável. É necessária a criação de consenso para uniformizar os cálculos de índices e tornar possíveis as comparações. A limitação encontrada neste trabalho foi comparar os índices com pesquisas que adotaram outras maneiras de calculá-los, conforme já apontado por outros autores⁽²¹⁾.

Quanto aos resultados encontrados, os valores de absenteísmo entre os trabalhadores do estudo, no período de dois anos, foram os seguintes: 73,6% apresentaram absenteísmo no primeiro ano e 69,7% no segundo ano, sendo que 83,9% dos 254 entrevistados apresentaram

pelo menos um episódio de absenteísmo em dois anos, contabilizando a partir do mês da primeira coleta de dados.

A variável “taxa de absenteísmo” apresentou disposição assimétrica (distribuição *Gamma*), por isso a sua apresentação na forma de mediana. Evidenciou-se mediana de 1,3% no primeiro ano e de 1,1% no segundo ano, sendo que em dois anos a mediana da taxa de absenteísmo foi de 1,7%. Salienta-se que a taxa de absenteísmo reflete a porcentagem de horas ausentes em relação às horas previstas. Ainda, a mediana das horas perdidas foi de 60,8 horas em dois anos, sendo que 25% dos entrevistados faltaram 140 horas ou mais. No HCPA, em 2010, segundo Relatório de Gestão, a média da taxa de absenteísmo foi de 3,14% entre todas as categorias profissionais, sendo que em 2008 e 2009 as taxas foram de 3,1 e 3,43, respectivamente. Esses valores são superiores a de outros hospitais do Rio Grande do Sul, em que a média da taxa de absenteísmo em 2010 foi de 2,12%⁽⁹⁵⁾. Em 2011, a taxa de absenteísmo no HCPA foi de 3,18% em todas as profissões⁽¹⁶⁰⁾. Convém destacar que esses valores apresentam-se elevados em relação ao presente estudo, pois considera todas as faltas ao trabalho (incluindo gestação), sendo que nesta pesquisa foram adotados critérios de inclusão/exclusão que diminuiriam, evidentemente, a taxa de absenteísmo.

Na enfermagem, o absenteísmo tem sido constatado em diversos estudos, principalmente após o final da década de 1990, especialmente nas questões envolvendo as licenças por doença e o dimensionamento do pessoal de enfermagem⁽¹³⁵⁾. A literatura⁽²¹⁾ salienta que os índices de absenteísmo entre profissionais de enfermagem são maiores do que os de profissionais de outros ramos, como o industrial e o empresarial.

Estudo revisou dados do absenteísmo de mais de 30 anos, entre trabalhadores de hospitais, mineradoras, indústrias e universidades do Chile. Os profissionais dos hospitais apresentaram maior absenteísmo (média de 14,3 dias de afastamento/trabalhador/ano), sendo os hospitais com maior absenteísmo aqueles localizados nas grandes cidades. Também identificou que níveis mais elevados de estresse, aumento da violência e maior distância entre a residência e o local de trabalho são fatores relevantes para o absenteísmo⁽¹⁶¹⁾.

Investigação⁽⁹¹⁾ que acompanhou 199 profissionais de enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) de um HU do Paraná (entre julho de 1997 a junho de 1998), encontrou que 75% dos trabalhadores apresentaram uma ou mais faltas por motivo de doença, somando 680 ocorrências. Essas representaram 494 faltas, equivalentes a 1491 dias de trabalho perdidos ao longo de um ano.

Dois pesquisas realizadas no HU da USP, com trabalhadores de enfermagem (contratados na forma de CLT), identificaram resultados superiores ao desse estudo. No

estudo do ano de 2007⁽³⁵⁾, a média da taxa de absenteísmo por doença foi de 5,3%. Em 2008, entre os meses de janeiro a julho, a média da taxa de absenteísmo não previsto foi de 8,7% na equipe de enfermagem⁽³⁸⁾, no entanto, além das doenças, faltas e licenças, incluíram a participação em eventos. Em 311 profissionais de enfermagem da atenção primária de Campinas, a taxa de absenteísmo por doença foi de 5,9% no ano de 2002⁽²¹⁾.

Em estudo com trabalhadores de enfermagem de um HU de Minas Gerais, a chance dos trabalhadores estatutários terem afastamento foi 1,67 vezes maior em comparação aos celetistas (IC95%1,26-2,22)⁽⁸⁶⁾, embora aspectos como idade tenham sido diferentes entre os dois grupos. Com base nesses resultados, os autores inferem que as taxas de absenteísmo diminuem entre os trabalhadores com contratos pela CLT devido à instabilidade no emprego e medo de dispensa. Da mesma forma, em Belo Horizonte⁽¹²¹⁾, estudo conduzido com 653 profissionais de enfermagem de um HU encontrou maior proporção de absenteísmo não previsto em profissionais estatutários em comparação aos empregados de empresa privada (65,5% *versus* 47,3%, sem realização de teste estatístico).

Ainda, em estudo com trabalhadores da área da saúde de um hospital público de urgência e emergência de Minas Gerais⁽¹⁶²⁾, a taxa de absenteísmo por doença no ano de 2002 foi de 2,06%, enquanto que, em outro estudo na mesma cidade, essa taxa foi de 1,53% em trabalhadores de um HU⁽¹⁶³⁾.

Conforme exposto, os percentuais de absenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem do HCPA, encontrados nesse estudo, foram inferiores ou similares à literatura quando comparados com outros hospitais. Têm-se algumas hipóteses para esses resultados: a primeira envolve o tipo de vínculo na instituição. Apesar da contratação dos trabalhadores ocorrer por meio de processo seletivo, estes possuem vínculo trabalhista na forma da CLT, ou seja, são celetistas, o que não proporciona a estabilidade dos estatutários (embora os resultados do presente estudo também tenham sido inferiores a outras pesquisas com celetistas e semelhantes aos realizados com os profissionais de saúde dos hospitais de Minas Gerais, em que não houve descrição do tipo de vínculo empregatício).

A segunda explicação refere-se ao critério de absenteísmo adotado nesse estudo, em que foram excluídas as licenças-maternidade, o que não é uma medida habitual entre os estudos. A inclusão das licenças-maternidade aumenta consideravelmente os valores de absenteísmo, ainda mais considerando que a enfermagem é constituída, principalmente, por mulheres. Nesses casos, além dos 120 dias (pelo menos) de licença-maternidade, há, ainda, as consultas de pré-natal e de puericultura, que também aumentam a taxa de absenteísmo. Além disso, não foram contabilizadas as faltas daqueles que estavam em afastamento na primeira ou

na segunda coleta, devido aos critérios de inclusão do sujeito no estudo, o que, certamente, aumentaria o absenteísmo. Por fim, outra hipótese seria que os profissionais do HCPA sentem-se valorizados e satisfeitos na/com a instituição, por isso a baixa taxa de absenteísmo. Esses dados serão discutidos adiante.

Convém ainda realçar que o absenteísmo de curta duração pode variar dependendo do comportamento da pessoa, visto que um determinado problema, com a mesma gravidade, pode motivar o trabalhador a ausentar-se, diferentemente das doenças e acidentes graves (faltas de longa duração). Essas curtas ausências podem estar manifestando insatisfação ou rejeição ao ambiente de trabalho, ao salário ou às políticas da instituição⁽¹⁴⁸⁾.

Analisando-se o absenteísmo como taxa, por vezes não se tem a real noção da sua magnitude, por isso apresentou-se a variável, também, em horas de trabalho. Verificou-se, então, que metade dos trabalhadores, no período de dois anos, faltou até 60,8 horas (até dez dias de trabalho), sendo que 25% com 139,6 horas ou mais (23 dias de trabalho ou mais) de ausência em dois anos. Recorda-se que não foram computadas as licenças-maternidade e outras licenças programadas, o que elevaria o montante de horas ausentes.

Esses dados, apesar de serem inferiores à literatura, conforme já apresentado, merecem atenção, pois repercutem na assistência. As consequências do absenteísmo, especificamente na enfermagem, podem interferir, diretamente, nas ações relacionadas com o cuidado do paciente, prejudicando o seu atendimento e, conseqüentemente, sua saúde. Além disso, a demora para contratação ou a ausência de reposições de funcionários desencadeia sobrecarga de trabalho para os profissionais, que somada aos recursos materiais inadequados e/ou insuficientes, exige o dispêndio de tempo dos trabalhadores para realizar adaptações que permitam a execução dos procedimentos diários no trabalho. Dessa maneira, o ambiente laboral pode tornar-se estressante e insatisfatório para os profissionais⁽¹²¹⁾, salientando que, no presente estudo, a insatisfação do trabalhador com o local de trabalho esteve relacionada à maior taxa e risco de absenteísmo, mas que a insatisfação com a escala de trabalho não apresentou associação.

Nessa perspectiva, o absenteísmo representa um problema importante na profissão, necessitando ser minimizado, para melhorar o cuidado e, ao mesmo tempo, tornar/manter o trabalhador e a equipe saudáveis⁽¹³⁵⁾.

O presente estudo também analisou a relação entre as características individuais (sociodemográficas e saúde) e laborais com o absenteísmo dos trabalhadores. A literatura enfatiza que os estudos epidemiológicos que permitem conhecer as diferentes variáveis que afetam o absenteísmo (como sexo, idade, estado civil, entre outros) podem auxiliar na

prevenção do absenteísmo-doença, pois auxiliam na elucidação de possíveis causas e permitem propor alternativas ou prever situações⁽¹⁶⁴⁾.

Nesse sentido, com relação às variáveis sociodemográficas, algumas apresentaram diferença significativa na taxa de absenteísmo (no primeiro e/ou em dois anos) ou no risco para desenvolver absenteísmo em dois anos, conforme as suas categorias.

Sobre os resultados das variáveis sociodemográficas e a relação com o absenteísmo, uma síntese está apresentada abaixo, a fim de subsidiar as discussões.

- Sexo: não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos com relação à taxa de absenteísmo ou ao risco de absenteísmo elevado. Houve tendência para maior risco de absenteísmo em dois anos entre as mulheres (RR=1,17, IC95%=0,9-1,4).

- Idade e situação conjugal: não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de idade e a situação conjugal com relação à taxa de absenteísmo ou risco para absenteísmo ou absenteísmo elevado.

- Anos de estudo: aqueles com escolaridade igual ou inferior a doze anos tiveram maior taxa de absenteísmo no primeiro ano (p=0,04) e tendência em dois anos (p=0,08). Também apresentaram maior risco para absenteísmo elevado em dois anos (RR=1,64, IC95%=1-2,6), em comparação àqueles com 13 ou mais anos de estudo.

- Filhos: trabalhadores com filhos tiveram maior taxa de absenteísmo no primeiro (mediana 1,6% *versus* 0,6%, p=0,03) e em dois anos (mediana 1,9% *versus* 1%, p=0,03). Também houve tendência de maior risco para desenvolver absenteísmo em dois anos (RR=1,11, IC95%=0,9-1,2). Contudo, o risco para absenteísmo elevado não esteve relacionado com possuir filho.

Conforme visto, ter filhos e ser mulher apresentou tendência para maior risco de absenteísmo, mas não para absenteísmo elevado. Uma suposição para esse resultado seria que trabalhadoras com filhos teriam maior quantidade de pequenos afastamentos do trabalho (faltas não justificadas) devido aos cuidados com os filhos (acompanhando-os aos serviços de saúde ou escola, por exemplo), muito comuns para o sexo feminino. Essas faltas, em contrapartida, não seriam suficientes para colocá-las no grupo com absenteísmo elevado. Estudo⁽⁵⁾ com 143 trabalhadores de enfermagem que apresentaram licença-saúde em um hospital escola evidenciou que 77% possuíam filhos (não foi realizado teste estatístico).

A suposição supracitada é reforçada por estudos^(5,86,91) que indicam, como causa do absenteísmo feminino, o fato de a maioria das mulheres inseridas no mercado de trabalho ser ainda responsável pelos afazeres domésticos e cuidados aos filhos. Com isso, geralmente chegam cansadas ao serviço, decorrente da fadiga residual advinda do trabalho que realizaram

em casa. Essa dualidade de papéis da mulher repercute em seu cotidiano e durante o seu turno de trabalho, não conseguindo afastar-se dos problemas do lar.

As pesquisas que encontraram maior absenteísmo entre as mulheres o associam aos fatores genéticos e hormonais, à autopercepção da saúde e à maior utilização dos serviços de saúde, além das implicações das interfaces trabalho-família que são maiores para as mulheres^(111,165), conforme já discutido.

Assim, muitas das mulheres inseridas no mercado de trabalho precisam conciliar atividades domésticas e cuidados com os filhos, e essa sobrecarga pode provocar o absenteísmo. O fato, também, de muitas vezes o cônjuge da funcionária possuir emprego fixo, gerando a impossibilidade de deixar os filhos com outra pessoa, bem como a constante preocupação com os cuidados dos filhos e com a saúde dos mesmos por parte da mulher, pode provocar sobrecarga mental para ela, culminado com o absenteísmo por motivos de transtornos à saúde⁽¹²¹⁾. Nesse estudo, a suspeição de DPM foi associada à maior absenteísmo, como será discutido adiante.

Destaca-se, também, que o maior absenteísmo em mulheres pode estar relacionado aos critérios de abordagem do absenteísmo, conforme método e objetivo de cada estudo. Neste estudo, excluíram-se as mulheres com histórico de gravidez durante o intervalo das duas entrevistas. Nos estudos que não utilizam esse critério, a gravidez é um viés para maior absenteísmo feminino, devido à licença-maternidade e as consultas de pré-natal e puericultura, necessitando destaque ao interpretar/divulgar os resultados.

Ainda com relação ao sexo, e incluindo-se a variável idade na discussão, não obtiveram relação com o absenteísmo, apenas tendência a maior risco de absenteísmo em dois anos (17% a mais) nas mulheres. No estudo com os trabalhadores de enfermagem do HU da USP, também verificou-se que o absenteísmo não foi estatisticamente condicionado às faixas etárias e ao sexo, semelhante aos dados dos trabalhadores do HCPA⁽⁸⁸⁾.

A relação do sexo e da idade com a incidência de absenteísmo ainda não está definida. A maioria dos estudos envolvendo a enfermagem encontrou maior absenteísmo no sexo feminino^(21,86-166), embora não seja um consenso^(34,167). Da mesma maneira se comporta a variável idade, pois alguns estudos demonstram que os trabalhadores de enfermagem mais jovens afastam-se mais do trabalho^(19,86), enquanto outros descrevem maior absenteísmo em idades avançadas⁽⁸⁷⁾ ou ausência de associação entre as variáveis⁽³⁴⁾. Em trabalhadores de enfermagem de um hospital geral de São José do Rio Preto, a maior frequência de absenteísmo (geral) em trabalhadores esteve na faixa etária dos 21 aos 40 anos⁽¹⁹⁾. Com

trabalhadores de um banco estatal de Minas Gerais⁽¹⁶⁸⁾, predominou o absenteísmo nas mulheres e nos trabalhadores na faixa etária dos 40 aos 49 anos, com significância estatística.

Com relação à escolaridade, houve maior absenteísmo naqueles com menor escolaridade, tanto na taxa quanto no risco para desenvolver. Acredita-se que esse fator esteja relacionado com o tipo de trabalho realizado por cada categoria da equipe de enfermagem (em que cada cargo exige nível de instrução específico) e não, propriamente, com a escolaridade. Assim, a escolaridade e o absenteísmo serão discutidos adiante, em conjunto com o cargo/profissão exercida.

Sobre a situação conjugal, estudo com trabalhadores da saúde de um HU⁽¹⁶⁹⁾ identificou maior absenteísmo em trabalhadores com companheiro(a), semelhante a pesquisa⁽⁵⁾ com trabalhadores de enfermagem que apresentaram licença-saúde em um hospital escola, em que 67,1% eram casados. Salienta-se que não foram realizados testes estatísticos nos dois estudos citados. Com trabalhadores de um banco estatal de Minas Gerais⁽¹⁶⁸⁾, o absenteísmo foi maior naqueles com companheiro(a), com significância estatística. Esse maior absenteísmo em trabalhadores com companheiro(a) é explicado, segundo alguns autores⁽¹⁶⁹⁻¹⁷⁰⁾, pelas responsabilidades domésticas advindas com o casamento, principalmente quando há filhos ou um grande número de dependentes.

No entanto, no presente estudo não se confirmou essa afirmativa, pois a variável situação conjugal não influenciou o absenteísmo, semelhante a outro estudo⁽¹²¹⁾.

A síntese da análise da relação entre características de saúde e o absenteísmo nos trabalhadores de enfermagem está apresentada a seguir, acompanhada da discussão.

- Doenças com DM: aqueles que relataram possuir alguma doença com DM tiveram tendência para maior taxa de absenteísmo em dois anos ($p=0,06$) – no primeiro ano não houve diferença significativa. Também apresentaram maior risco para absenteísmo em dois anos ($RR=1,19$, $IC95\%=1-1,3$), contudo, não para absenteísmo elevado. O aumento ou a diminuição do número de doenças não influenciou a taxa de absenteísmo.

- Doenças osteomusculares com DM: verificou-se maior taxa de absenteísmo no primeiro e em dois anos naqueles que relataram possuir alguma doença osteomuscular com DM, bem como maior risco para desenvolver absenteísmo ($RR=1,11$, $IC95\%=1-1,2$) e tendência para absenteísmo elevado ($RR=1,39$, $IC95\%=0,9-2,1$) em dois anos. Ainda, aqueles em que houve aumento no número de doenças osteomusculares com DM apresentaram maior taxa de absenteísmo (mediana de 2,8% *versus* 1,4%) em comparação aos colegas em que houve redução ou permanência.

- Tempo para lazer: não possuir tempo para lazer esteve associado a maiores taxa de absenteísmo (tanto no primeiro quanto em dois anos) e risco para absenteísmo (RR=1,15, IC95%=1-1,2) e absenteísmo elevado (RR=2,48, IC95%=1,5-3,8). Aqueles que, nas duas coletas, relataram possuir tempo para lazer apresentaram menor taxa de absenteísmo em comparação aos outros colegas (1,5% *versus* 3,45%, $p < 0,01$).

- Suspeição de DPM: aqueles com escores condizentes com suspeição de DPM apresentaram maior taxa de absenteísmo no primeiro e em dois anos, bem como maior risco para absenteísmo (RR=1,21, IC95%=1,1-1,2) e absenteísmo elevado (RR=2,11, IC95%=1,2-3,4) em dois anos). Ainda, foi maior a taxa de absenteísmo (mediana 2,8% *versus* 1,6%) naqueles com suspeição de DPM em alguma das duas coletas em comparação aos demais (nunca suspeição de DPM).

A priori, não foi possível comparar com a literatura alguns resultados sobre os hábitos e as características de saúde (atividade física, IMC, sono e lazer) e a taxa de absenteísmo. Essa dificuldade deve-se, principalmente, a dois motivos: a maioria dos estudos sobre absenteísmo utiliza-se de banco de dados, sendo que essas variáveis de saúde não estão disponíveis nos bancos de dados das instituições. Segundo, os estudos sobre absenteísmo investigam, especialmente, as características laborais e sociodemográficas dos trabalhadores, sendo que, sobre as características de saúde, voltam-se, especialmente, para o perfil de doenças. Dessa forma, a comparação dos dados sobre atividade física, IMC, sono e lazer ficou limitada.

Neste estudo, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre horas de sono/dia, prática de atividade física e classificação do IMC com a taxa ou risco para absenteísmo. No entanto, destaca-se a importância de hábitos saudáveis, como dormir bem e praticar exercícios físicos, para os trabalhadores de enfermagem. A adoção de práticas saudáveis pode minimizar, entre outras questões, os efeitos das jornadas de trabalho, característica da profissão⁽¹⁷¹⁾. A prática de exercícios físicos e o peso adequado produzem efeitos cardiovasculares e osteomusculares, e precisam ser vistos como recursos que podem minimizar os prejuízos à saúde decorrentes dos esforços físicos executados durante a jornada de trabalho⁽¹⁷²⁾.

As horas de sono do grupo investigado não tiveram relação com absenteísmo, mas destaca-se que, na enfermagem, o sono sofre influência conforme o tipo e a jornada de trabalho, podendo incorrer em diminuição da qualidade de vida e do trabalho. Funcionários de enfermagem de um hospital que trabalhavam em regime de turnos apresentaram diferença significativa entre a duração do sono diurno e noturno. À medida que aumentou o número de

horas de trabalho, pioraram o sono diurno após o plantão e os níveis de alerta⁽¹⁷³⁾. No estudo realizado com 4407 enfermeiras japonesas, houve associação entre a excessiva sonolência diurna naquelas que trabalham em turnos com erros na administração de medicamentos e na operação incorreta de equipamentos⁽¹⁷⁴⁾.

Além disso, trabalhar em turnos pode propiciar exclusão social, dificuldade de relacionamento familiar, de planejamento da vida e de tempo para lazer, e, dessa forma, pode ocasionar insatisfação no trabalho⁽¹⁷⁵⁾. Esses fatores podem levar ao absenteísmo, embora não tenham sido encontrados resultados relevantes nesse estudo.

Encontrou-se maior taxa e risco para absenteísmo e absenteísmo elevado nos trabalhadores de enfermagem sem tempo para lazer. Trabalhadores com maiores jornadas de trabalho durante a semana tendem a possuir menos tempo para lazer, devido ao ritmo intenso de trabalho⁽¹⁴⁸⁾.

Nesse sentido, os profissionais, pelas múltiplas jornadas de trabalho (quer em casa ou no hospital), podem vir a descuidar de sua qualidade de vida, em especial da sua saúde. De certa forma, acabam por favorecer a diminuição do tempo dedicado ao auto-cuidado e ao lazer, predispondo ao cansaço e, conseqüentemente, à falta ao trabalho⁽¹⁴⁶⁾. Essa assertiva é evidenciada pelos achados deste estudo, em que a taxa de absenteísmo, no primeiro (6,2% *versus* 1,3%) e em dois anos (4% *versus* 1,6%), bem como o risco para absenteísmo elevado (RR=2,27: IC95%=1,3-3,8) foram maiores nos trabalhadores de enfermagem com duplo emprego.

Convém salientar que a falta de tempo para lazer pode ser consequência de outras variáveis, além da dupla jornada de trabalho, como filhos, situação conjugal e problemas de saúde. Esse último dado foi identificado na investigação com trabalhadores de uma instituição pública de saúde, na qual a realização de atividades de lazer foi menor nos profissionais com doenças osteomusculares, com significância estatística⁽¹¹⁾.

Em relação às doenças com DM – dado coletado por meio das perguntas do ICT -, aqueles que relataram sua presença tiveram maior taxa e risco de absenteísmo, mas a variável não se relacionou ao risco para absenteísmo elevado. A conjectura para esse achado está na forma de coleta da informação. Não se categorizou a doença quanto à sua gravidade, ou seja, foram consideradas e agrupadas todas as doenças, desde as mais graves até as mais simples. Como a maioria relatou alguma doença com DM (74,8%), é possível que grande parte dos trabalhadores possua doenças de menor gravidade ou patologias devidamente controladas (efeito do trabalhador sadio), as quais causam absenteísmo de curta duração. Por isso, talvez tenha ocorrido a influência na taxa de absenteísmo e no risco de absenteísmo, mas sem

relação com o absenteísmo elevado. Em contrapartida, as mais graves levam a absenteísmo elevado, mas ocorrem, possivelmente, em menor número na população de trabalhadores.

Cabe destacar que é possível que aqueles com doenças mais graves, que tendem ao absenteísmo elevado, não participaram do estudo, pois estavam em licença-saúde na primeira ou na segunda coleta (efeito do trabalhador sadio).

Estudo em 16 unidades hospitalares de Minas Gerais sinalizou a ocorrência de maior concentração de agravos à saúde de solução rápida (65,3% no período de um a três dias) entre os afastamentos, o que dispensa a perícia médica do INSS, que é obrigatória a partir do décimo quinto dia de licença. Ainda, enfatiza as dificuldades de julgamento em relação à duração das licenças, pois o absenteísmo-doença muitas vezes não é conhecido e nem acompanhado nos hospitais, o que inviabiliza medidas para o seu controle⁽¹⁷⁶⁾. Esse mesmo estudo evidenciou que, para os afastamentos de curta duração (um a três dias), os motivos mais frequentes foram as doenças do aparelho respiratório (gripes, amigdalites e alergias). Nos afastamentos acima de 15 dias, os agravos mais frequentes foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, seguido dos transtornos mentais e metabólicos.

Convém salientar o viés do trabalhador sadio, o que pode suavizar os resultados referentes ao absenteísmo e às doenças. Não foram entrevistados os trabalhadores que estavam em licença-saúde ou INSS na primeira e na segunda coleta, visto que não se encontravam no ambiente de trabalho.

A relação entre doenças com DM e doenças osteomusculares com DM e o absenteísmo converge com a literatura, apontando as doenças como as principais causas de absenteísmo. Em estudo⁽¹⁷⁷⁾ com 199 trabalhadores de enfermagem, o absenteísmo-doença representou 75% das faltas no período de um ano, equivalente a 494 licenças ou 1491 dias perdidos de trabalho no período.

Em pesquisa⁽⁸⁸⁾ realizada com 647 trabalhadores de enfermagem de um HU de São Paulo, 56% dos profissionais apresentaram, pelo menos, uma licença por doença no ano de 2007. Entre as doenças que ocasionaram afastamentos, prevaleceram as osteomusculares e do tecido conjuntivo (41,5%), os transtornos mentais e comportamentais (28,4%) e as lesões e envenenamentos ou outras causas externas (6,6%), sendo que os dois primeiros diagnósticos representaram 4957 e 3963 dias de afastamento, respectivamente.

Resultado semelhante foi encontrado com 8156 trabalhadores de um banco estatal⁽¹⁶⁸⁾, em pesquisa que investigou o absenteísmo no período de 1998 a 2003. Das doenças responsáveis pelos afastamentos, destacaram-se, primeiramente, as referentes ao sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e, a seguir, os transtornos mentais e comportamentais.

Esses dois agrupamentos, além de serem os prevalentes (55,7% e 19,28%, respectivamente), foram os responsáveis por mais dias de afastamento do trabalho.

No estudo com 226 trabalhadores de um hospital Mexicano⁽¹⁷⁸⁾, as doenças osteomusculares foram responsáveis por 303 dias de trabalho perdidos no ano, equivalente a 59% dos motivos de adoecimento dos trabalhadores. A região cervical e lombar foram as mais afetadas. Na enfermagem, é apontado, com frequência, a má postura corporal dos trabalhadores e a inadequação do espaço físico e mobiliário como predisponentes à ocorrência de problemas osteomusculares⁽¹⁷⁶⁾. A profissão está classificada entre as 10 principais ocupações envolvidas em perdas de dia de trabalho e lesões osteomusculares (as mais frequentes envolvendo as costas, pescoço, ombro, punho e joelho), sendo relacionadas ao manuseio de pacientes⁽¹⁷⁹⁻¹⁸⁰⁾. Nesse sentido, podem ser adotados métodos tradicionais para prevenir essas lesões, como seções de treinamento sobre mecânica corporal correta (cinesiologia) e levantamento “seguro” de pacientes, bem como uso de cintas lombares e equipamentos de levantamento de pacientes (embora não haja evidências baseadas em pesquisas indicando essas ações)⁽¹⁸¹⁾.

Em 2004, a *American Nurses Association* lançou a campanha “*Handle with Care*” para reduzir as lesões osteomusculares ocupacionais entre os trabalhadores de enfermagem. A campanha estimula que os hospitais adquiram equipamentos para manuseio de pacientes e que treinem os profissionais para que os usem, bem como que instituem políticas para que os funcionários não levem peso individualmente. Ao invés disso, devem ser organizadas equipes de “levantamento de paciente”. Além disso, defende que as instituições providenciem protocolos ergonômicos para o manuseio de pacientes, como nas atividades de banho no leito, movimentação e transferência de leito^(180,182).

Entre 189 profissionais de enfermagem de um hospital escola de Minas Gerais, os principais problemas que causaram absenteísmo também foram as doenças dos sistemas osteomuscular e conjuntivo (24%), seguidas do respiratório (14,3%). Os transtornos mentais e comportamentais significaram 4,7%⁽⁵⁾.

Na Holanda, pesquisa com 291 enfermeiras de unidades clínicas de um hospital identificou maior ocorrência de absenteísmo de curta duração nas trabalhadoras com sintomas depressivos, com significância estatística⁽¹⁸³⁾. No estudo⁽⁹¹⁾ realizado, em 1998, com trabalhadores de enfermagem hospitalar, os transtornos mentais ocuparam a décima primeira causa de absenteísmo por doença, com 1,5% dos casos.

Analisando os resultados mais atuais da literatura científica, verifica-se aumento do absenteísmo por problemas de saúde mental, que pode estar associado à maior incidência na

população, à maior notificação pelos serviços de saúde do trabalhador ou, ainda, à maior exigência por produtividade, resultados e qualificação.

Em relação à saúde mental, buscou-se, neste estudo, avaliá-la por meio do *SRQ-20*, instrumento *screening* para suspeição de DPM. Encontrou-se relação dessa variável com a taxa de absenteísmo (maior naqueles suspeitos de DPM), mesmo após controle de algumas variáveis (tempo para lazer, número de doenças com DM e turno de trabalho, conforme análise multivariada). Além disso, a variável mostrou-se preditiva para absenteísmo, pois foi maior o risco para absenteísmo (21% maior) e para absenteísmo elevado (111%) em dois anos, corroborando a hipótese (H1) deste estudo.

Especificamente sobre DPM e absenteísmo, não foi encontrado estudo que abordasse essas variáveis, por isso a impossibilidade de comparações, sendo essas direcionadas/equiparadas aos problemas de saúde mental em geral.

Em pesquisa⁽¹⁶⁵⁾ temporal que analisou a taxa de absenteísmo no trabalho por doença em servidores públicos de Santa Catarina, os principais motivos de afastamento (das 40370 ocorrências) foram os transtornos mentais e comportamentais (25,30%), seguidos das doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (20,54%), havendo maior ocorrência nas mulheres. Salienta-se que os transtornos depressivos moderados e os episódios depressivos foram os mais frequentes (32,3%) entre os transtornos mentais e comportamentais, conforme CID-10. Em Campinas, 71,2% dos trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos ou centros de saúde referiram alguma doença com diagnóstico médico, sendo os transtornos mentais leves os mais prevalentes (16%)⁽¹³²⁾.

As pressões psicológicas são características do próprio objeto de trabalho dos profissionais de enfermagem, que lidam com a doença ou com o ser doente, e tem sido associadas aos danos à saúde mental⁽¹³⁵⁾.

A suspeição de DPM, evidenciada no estudo como um acometimento que causa maior absenteísmo, pode estar apontando uma exposição do trabalhador a um ambiente que traz, pela sua própria peculiaridade, um desgaste emocional. Pode sinalizar, ainda, um vínculo deste adoecimento com a sobrecarga emocional, as tarefas repetitivas e monótonas ou o volume de atividades burocráticas. Esses podem desencadear falta de controle das atividades realizadas pelo trabalhador, contribuindo para a fadiga e para o esgotamento mental^(176,184).

Assim, salienta-se a magnitude que a suspeição de DPM tem entre os trabalhadores da instituição, e pode apresentar-se como vinculada ao trabalho. Contudo, existe a necessidade de outras pesquisas na área de saúde do trabalhador, a fim de analisar essa relação. A partir

disso, será possível a busca de alternativas para os graves problemas de saúde ligados ao trabalho, principalmente os mentais⁽¹⁶⁸⁾.

Além dos aspectos intrínsecos ao indivíduo (características sociodemográficas e de saúde), é fundamental analisar o absenteísmo conforme as características das diferentes organizações hospitalares, pois sua configuração parece depender dos modelos de gestão, porte e estrutura da organização, coesão de grupos, locais de trabalho, categorias profissionais e outros fatores⁽¹⁷⁶⁾. Assim, o estudo também buscou analisar a relação entre o absenteísmo, as características laborais e o estresse no trabalho (por meio da *JSS*) da equipe de enfermagem. O resumo desses resultados é lembrado abaixo:

- Profissão: no primeiro ano, foi maior a taxa de absenteísmo nos técnicos e auxiliares de enfermagem (1,6% *versus* 1%, $p=0,04$), assim como o risco para absenteísmo elevado em dois anos ($RR=2,67$, $IC95\%=1,2-5,8$). Não houve diferença no risco para absenteísmo em dois anos.

- Setor de trabalho: não houve diferença na taxa ou no risco para absenteísmo elevado conforme o setor de trabalho ou a mudança de setor. Contudo, os que trabalhavam em unidade de alta complexidade tiveram maior risco para desenvolver absenteísmo ($RR=1,10$, $IC95\%=1-1,2$).

- Turno de trabalho: não houve diferença na taxa ou no risco para absenteísmo conforme o turno de trabalho ou a mudança de turno. Contudo, houve tendência para risco de absenteísmo elevado nos trabalhadores diurnos ($RR=1,43$, $IC95\%=0,9-2,2$).

- Outro emprego: aqueles com outro emprego apresentaram maior taxa de absenteísmo no primeiro (mediana 6,2% *versus* 1,3%) e em dois anos (mediana 4% *versus* 1,6%), bem como maior risco para absenteísmo elevado ($RR=2,27$, $IC95\%=1,2-4,2$). Não se encontrou influência de outro emprego no risco para apresentar absenteísmo.

- Satisfação com o local de trabalho: os insatisfeitos com o local de trabalho apresentaram maior taxa de absenteísmo no primeiro (mediana 4% *versus* 1,3%) e em dois anos (mediana 8,4% *versus* 1,6%), bem como maior risco para absenteísmo ($RR=1,20$, $IC95\%=1,1-1,2$) e absenteísmo elevado ($RR=2,29$, $IC95\%=1,2-4,2$).

- Satisfação com a escala de trabalho, satisfação com a remuneração e estresse laboral: não houve diferença na taxa ou no risco para absenteísmo ou absenteísmo elevado conforme essas variáveis.

- Apoio Social: aqueles com baixo Apoio Social apresentaram taxa de absenteísmo em dois anos significativamente maior do que aqueles com alto Apoio Social (mediana 1,9% *versus* 1,3%), mas não no primeiro ano. Também foi maior o risco para absenteísmo elevado

em dois anos nos trabalhadores com baixo Apoio Social (RR=1,56, IC95%=1-2,6). Contudo, o risco para absenteísmo não foi influenciado pelo Apoio Social.

Sobre a profissão, estudos com trabalhadores de enfermagem também identificaram prevalência significativamente maior de absenteísmo por doenças em técnicos e auxiliares de enfermagem em comparação aos enfermeiros, como nas pesquisas nos hospitais universitários da USP⁽⁸⁸⁾ e da Universidade Federal de Minas Gerais⁽⁸⁶⁾, bem como em hospital psiquiátrico de Manaus⁽⁸⁹⁾.

Estudo com trabalhadores de enfermagem do Hospital da Universidade de São Paulo, em 2008, também encontrou maior taxa de absenteísmo em técnicos e auxiliares de enfermagem (3,7% e 10,6%, respectivamente), em comparação aos enfermeiros (1,8%)⁽³⁵⁾, tendência que se manteve em pesquisa publicada em 2011, na qual a taxa de absenteísmo foi de 5,6% para enfermeiros e de 9,7% para técnicos e auxiliares de enfermagem⁽³⁸⁾.

Nos trabalhadores de enfermagem do HCPA, a mediana da taxa de absenteísmo dos técnicos e auxiliares de enfermagem foi maior no primeiro ano (mediana 1,6% e quartil 75% 4,7% *versus* mediana 1% e quartil 75% 2,2%, $p=0,04$), com tendência em dois anos (mediana 1,9% e quartil 75% 4,4% *versus* mediana 1,4% e quartil 75% 2,9%, $p=0,09$). O risco de apresentar absenteísmo elevado foi 2,67 vezes maior nesse grupo. Esses dados, possivelmente, explicam o maior absenteísmo naqueles com menor escolaridade, como já apresentado.

O estudo⁽¹⁶⁸⁾ com bancários de Minas Gerais também encontrou maior absenteísmo nos trabalhadores com cargos não graduados. Os escriturários foram os que mais se afastaram, tanto em número de eventos (aproximadamente 45%) quanto em número de dias de afastamentos (aproximadamente 51%). Foram seguidos por outras funções que, apesar de comissionadas, como os cargos de assistentes e caixas executivos, recebiam os menores valores na referência (comissão) da carreira do banco.

Considerando a enfermagem, esse maior absenteísmo entre os profissionais de nível técnico pode ser explicado, inicialmente, pelo menor número de enfermeiros na equipe, o que pode determinar uma necessidade maior de permanência no trabalho. Nesse prisma, hierarquicamente, o enfermeiro poderá sentir-se com maior responsabilidade para com a equipe devido ao cargo e por seu papel na liderança, condicionando sua assiduidade. Ainda, é preciso considerar que a falta de auxiliares e técnicos de enfermagem ao trabalho, além de causar sobrecarga aos colegas, repercute diretamente nas ações de cuidado, pois são os profissionais que mantêm contato mais frequente com os pacientes, o que torna preocupante a sua ausência. Além disso, o menor absenteísmo em enfermeiros pode ser decorrente da maior

autonomia para realização do seu trabalho em relação aos técnicos de enfermagem, ou seja maior controle sobre o seu processo de trabalho, situação não-estressante à saúde (convergindo com o dado que revela menor estresse laboral nos enfermeiros).

Nesse sentido, pesquisadores salientam que ocupações com atividades basicamente administrativas, como é o caso dos enfermeiros em relação aos auxiliares e técnicos de enfermagem, têm menor índice de doenças, e, conseqüentemente, absenteísmo. No entanto, mesmo que a análise aprofundada das doenças não tenha sido objetivo desse estudo, não se verificou associação entre profissão com doenças com DM (74,9% dos auxiliares e técnicos de enfermagem e 74,5% dos enfermeiros, $p=1,0$) ou com doenças osteomusculares com DM (44,7% dos auxiliares e técnicos de enfermagem e 38,2% dos enfermeiros, $p=0,47$).

Os dados da presente investigação não corroboram o estudo que identificou relação entre maior número de doenças e dor nos técnicos de enfermagem em comparação aos enfermeiros⁽¹⁸⁵⁾ e o que evidenciou, em uma instituição pública de saúde, maior doenças musculo-esqueléticas em trabalhadores com predomínio de trabalho físico e com menor escolaridade⁽¹¹⁾. Com isso, devido às atividades inerentes à profissão (cuidados com higiene, mudança de decúbitos, transporte e preparo de medicações, por exemplo), a literatura^(56,185) indica que os técnicos de enfermagem desenvolvem, com maior frequência, doenças osteomusculares, com influência na assiduidade.

Convém lembrar que, nesse estudo, houve maior taxa de absenteísmo, maior risco (11%) em desenvolver absenteísmo e tendência de maior risco (39%) para absenteísmo elevado naqueles com doença osteomuscular com DM, considerando o período de dois anos. Contudo, não foi possível associar que técnicos e auxiliares de enfermagem possuem mais doenças e, paralelamente, absenteísmo, em relação aos enfermeiros.

Ainda, com relação ao cargo, estudo⁽³⁴⁾ conduzido no HCPA, analisando 1535 cartões-ponto, encontrou maior taxa de absenteísmo por doença entre os técnicos e auxiliares de enfermagem (mediana de 3,34%) em comparação aos enfermeiros (mediana de 2,13%), com significância estatística. Foi maior nas unidades de pediatria, clínica médica e materno-infantil (sem utilização de teste estatístico), sendo que não encontrou diferença estatisticamente significativa na taxa de absenteísmo conforme os turnos.

O presente estudo indicou tendência ($IC95\%= 0,9-2,2$) de maior (43%) risco para absenteísmo elevado nos trabalhadores diurnos, sendo que a mediana da taxa de absenteísmo nas duas coletas também foi maior nos trabalhadores desses turnos (embora sem significância estatística).

Esse maior risco de absenteísmo elevado nos trabalhadores diurnos (manhã e tarde) pode estar relacionado à distribuição das equipes de enfermagem conforme o turno no HCPA. Os trabalhadores noturnos trabalham uma noite de doze horas e folgam sessenta horas (dois dias). Assim, mesmo trabalhando, teriam tempo suficiente para descanso e lazer, além de não precisarem faltar ao trabalho para consultas de saúde ou para acompanhar os filhos na escola/consultas.

Outra hipótese considera o aspecto financeiro da falta ao trabalho. Nessa perspectiva, os trabalhadores da noite faltariam menos, pois teriam maiores perdas salariais, à medida que a carga horária de trabalho a noite é de doze horas, com o acréscimo financeiro de valores adicionais por trabalho noturno. Assim, uma falta a noite representa maior perda salarial em relação às faltas dos turnos do dia, o que pode conduzir ao trabalhador da noite a reconsiderar a decisão sobre a falta.

Reitera-se que sempre haverá requisito de trabalho em turnos na enfermagem, decorrente da necessidade de cuidado nas 24 horas do dia. Portanto, é premente a implementação de medidas para aliviar a tensão resultante dele, como ofertar maior controle sobre as escalas de trabalho e como aproveitar as possíveis vantagens de se trabalhar em escalas⁽¹⁸⁾.

No presente estudo, o setor de trabalho não influenciou a taxa de absenteísmo no primeiro ou em dois anos, nem tampouco no risco para absenteísmo. Apenas encontrou-se risco maior de absenteísmo em dois anos naqueles trabalhadores das UAC, mas com pequena magnitude (10%).

Na investigação conduzida com 199 trabalhadores de enfermagem de um HU⁽¹⁸⁶⁾, o maior índice de frequência de absenteísmo (If=número de licenças no período/efetivo médio no período) foi nas unidades de pediatria (If=0,35), centro de material (If=0,27), clínica médica (If=0,26) e pronto atendimento (If=0,25), em comparação à unidade de tratamento intensivo (If=0,19), centro cirúrgico (If=0,18) e clínica cirúrgica (If=0,17).

Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa com trabalhadores de enfermagem do HU da USP⁽¹⁸⁷⁾, que evidenciou maior absenteísmo nas unidades de tratamento intensivo pediátrico e internação pediátrica, enquanto que as unidades de clínica médica, alojamento conjunto e tratamento intensivo cirúrgico apresentaram menores percentuais.

Outro⁽⁹¹⁾ estudo encontrou maior número de ausências não previstas nos trabalhadores de enfermagem de terapia intensiva. Em pesquisa realizada em Belo Horizonte, das dezesseis unidades hospitalares, três responderam por 53,3% do total de afastamentos, sendo essas as

que prestam atendimento a pacientes críticos⁽¹⁷⁶⁾. Contudo, salienta-se que nos três estudos acima não há utilização de testes estatísticos para a comparação dos dados.

Os maiores índices de absenteísmo em trabalhadores de unidades de alta complexidade podem ser determinados pela sobrecarga emocional (contato com pacientes graves e com risco iminente de morte), além da escassez de recursos humanos, materiais e físicos (estes últimos comuns em unidades hospitalares públicas que trabalham com a urgência e emergência). Nesse sentido, essas características podem resultar em sobrecarga de trabalho⁽¹⁷⁶⁾, com reflexo no absenteísmo.

Em relação à sobrecarga de trabalho na profissão, muitas vezes é consequência, também, da dupla ou da tripla jornada de trabalho. Com isso, avaliou-se o absenteísmo naqueles profissionais com outro emprego, comparando-os com aqueles que trabalham exclusivamente no HCPA. O risco para absenteísmo em dois anos foi semelhante entre os dois grupos. Contudo, o risco para absenteísmo elevado foi 2,27 (127%) maior em comparação aos que trabalhavam somente no HCPA. Esse achado conduz a inferir, considerando a variável tempo para lazer (também associada ao absenteísmo), que o trabalhador, ao assumir outro emprego, aumenta, conseqüentemente, sua carga horária semanal de trabalho, diminuindo o tempo para lazer, o que conduz ao aumento do absenteísmo. Como evidenciado nesse estudo, o duplo emprego apresentou associação com menor tempo para lazer e maior absenteísmo. Contudo, essa hipótese precisa ser testada em estudos com outras abordagens metodológicas.

Nesse sentido, a dupla ou a tripla jornada de trabalho pode levar a fadiga crônica e à exaustão física e mental, bem como diminuir o tempo destinado para a família e para o lazer. Tal realidade pode, ainda, levar à sobrecarga e ao desgaste – impondo constante esforço ao corpo pelas demandas das esferas doméstica e profissional –, podendo incorrer na saúde do trabalhador⁽¹⁸⁸⁾ e, conseqüentemente, na sua vida pessoal e laboral.

Convém ainda ressaltar que as discussões políticas atuais sobre a jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem buscam pela diminuição da carga horária semanal para trinta horas (no HCPA é de 36 a 40 horas) e entende-se como importante esse movimento. No entanto, não basta a busca de redução da jornada de trabalho, pois a procura por duplo ou triplo emprego continuará ou aumentará, visto a existência de mais horas semanais para outro trabalho. Sendo assim, é preciso que se discutam as questões referentes a melhores condições de trabalho, remuneração e valorização desses trabalhadores, pois o desgaste do profissional não está atrelado somente à carga horária semanal.

Sobre a satisfação com a remuneração e com a escala de trabalho, não apresentaram correlação/associação com o absenteísmo. Em contrapartida, se evidenciou maior taxa de absenteísmo nos insatisfeitos com o local de trabalho, bem como maior risco para desenvolver absenteísmo (20% a mais) ou para absenteísmo elevado (129%). Destaca-se a dificuldade de relacionar os dados sobre satisfação com outros estudos, dado a inexistência - como ocorreu com as variáveis IMC, tempo para lazer e horas de sono.

Em relação à satisfação com os aspectos laborais, pouco se conhece sobre como o trabalhador percebe-se frente ao trabalho em si e aos sistemas de salários e benefícios. A compatibilização dessas expectativas com as necessidades organizacionais torna-se um desafio diante de obstáculos que se impõem na profissão, como longas jornadas de trabalho, insalubridade do ambiente de trabalho, baixa remuneração, duplo emprego e tensão emocional. Esses obstáculos podem incorrer em insatisfação e, portanto, precisam ser considerados nas políticas públicas de saúde do trabalhador, pois podem repercutir em absenteísmo⁽¹²¹⁾.

Ainda, apesar de não ter apresentado relação com o absenteísmo nesse estudo, a melhor remuneração dos profissionais de saúde merece discussão. Em pesquisa⁽¹⁸⁹⁾ com a equipe de enfermagem de um Hospital de Especialidades do México, os grupos focais com enfermeiras sinalizaram a insatisfação dos participantes quanto ao ambiente laboral adverso e a baixa remuneração, sendo esses relatados como possíveis propulsores de absenteísmo não justificado.

Nesse enfoque, é preciso considerar que as causas de absenteísmo nem sempre estão relacionadas ao trabalhador. Em algumas situações, as razões estão na própria instituição, com processos de trabalho precários, atividades repetitivas e monótonas, demanda excessiva de atividades, condições insalubres, falta de funcionários, baixa remuneração, falta de comunicação entre empregados e a organização, sobrecarga de trabalho, dentre outros⁽⁹¹⁾.

Sobre a satisfação com o trabalho, o conhecimento do absenteísmo aliado à decisão política de investir na saúde dos trabalhadores torna possível a organização de serviços efetivos e saudáveis, voltados para a realidade de cada hospital, além de ser um fator de satisfação e motivação para o trabalho⁽¹⁸³⁾. Nesse prisma, o trabalho deve proporcionar sentido, trazer orgulho e prazer a quem o executa. Para isso, torna-se imprescindível o elogio e a valorização do profissional, por exemplo, para que os indivíduos alcancem a realização pessoal, que os torna mais completos e felizes⁽¹²¹⁾.

É importante aproximar os serviços de saúde ocupacional ao trabalhador, transpondo a visão de tratamento de doenças para ações de prevenção e promoção da saúde, preocupando-

se com a saúde do trabalhador e não com a sua doença. Autores salientam que profissionais mudam de empresa quando não sentem suporte, pois de uma forma geral, as pessoas temem adoecer, valorizando as possibilidades de receberem um atendimento de saúde pela empresa em que estão inseridos⁽¹⁷⁶⁾.

O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem pode estar relacionado às cargas psíquicas e físicas do ambiente de trabalho (morte, sofrimento, relação com pacientes/familiares, organização do sistema de saúde, alta Demanda ou baixo Controle)⁽²¹⁾. As características do processo de trabalho desenvolvido pela enfermagem, com exposição a diferentes cargas, podem causar desgaste físico e mental e ocasionar o afastamento dos trabalhadores por doença⁽³⁸⁾. O papel da enfermagem, no interior do hospital, tem sido apontado como altamente estressante. As responsabilidades assumidas, mesmo quando há autonomia, conformam uma situação para a qual confluem vários pontos de tensão e desgaste⁽⁵⁹⁾. Nesse sentido, buscou-se analisar o absenteísmo e o estresse laboral, avaliado pelo MDC de Karasek com a *JSS*.

Não se verificou associação dos quadrantes do MDC com o absenteísmo, tanto na taxa de absenteísmo quanto no risco para absenteísmo ou absenteísmo elevado, mesmo agrupando-se os quadrantes nas categorias de trabalho estressante ou não estressante. Dessa forma, refutou-se a hipótese de que o estresse laboral influencia o absenteísmo em trabalhadores de enfermagem.

Uma suposição para a falta de associação entre estresse laboral e o absenteísmo pode estar na baixa consistência interna geral e do domínio Controle do instrumento *JSS*, que apresentaram $\alpha=0,560$ e $\alpha 0,520$, respectivamente. Também conjectura-se sobre a técnica de amostragem desse estudo (não probabilística por conveniência) ou mesmo o efeito do trabalhador sadio como elementos intervenientes nesta investigação.

Considera-se estresse como o conjunto de reações orgânicas e psíquicas de adaptação que o organismo emite quando é exposto a um estímulo que o sujeito avalia como superior aos recursos que possui. Nesse enfoque, o estresse pode ser positivo ou negativo. O estresse nocivo pode provocar reações indesejáveis (como o absenteísmo e doenças) por estímulo contínuo e exagerado, enquanto o estresse positivo incita à motivação para o crescimento profissional no ambiente de trabalho, estimulando o aperfeiçoamento e a busca por crescimento⁽⁷⁷⁾. Nesse último caso, pode servir como estímulo para a assiduidade ao trabalho.

Na perspectiva do estresse como tensionador, autores chineses⁽¹⁹⁰⁾, em estudo de revisão sistemática, enfatizam que o absenteísmo é um grave problema nos serviços de saúde, mas que pode ser evitado, quando relacionado ao estresse laboral, a partir de ações que

eliminam ou minimizam o estresse no ambiente de trabalho. Em estudo realizado na Coreia do Sul⁽¹⁹¹⁾, a sobrecarga de trabalho, os turnos rotativos e o conflito nas relações interpessoais foram os motivos mais citados por enfermeiros que pretendiam deixar seus empregos.

Outros autores⁽²⁶⁾ salientam que absenteísmo ao trabalho, em conjunto com condutas violentas e incapacidade para relaxar, associados ao aparecimento de cefaléias, tensões musculares, hipertensão arterial e outros, são as alterações mais frequentemente encontradas na conduta dos profissionais com estresse laboral.

Mesmo não se verificando relação entre estresse laboral e absenteísmo, corrobora-se os autores^(27,192) que entendem que estudar a manifestação do estresse ocupacional entre enfermeiros permite compreender e elucidar alguns problemas, tais como o absenteísmo, além da insatisfação profissional, produtividade do trabalho, acidentes de trabalho e algumas doenças ocupacionais, afora permite a proposição de intervenções e busca de soluções. Tais estudos ainda reforçam que a diminuição do estresse nos trabalhadores favorece o alcance de alguns objetivos organizacionais, como a queda no nível do absenteísmo ou aposentadorias por doenças e acidentes de trabalho.

Sobre o Apoio Social, o risco para absenteísmo elevado foi maior (56%) naqueles com baixo Apoio Social, bem como maior a taxa de absenteísmo em dois anos. Na literatura, não se encontrou estudos envolvendo o Apoio Social e o absenteísmo, evidenciando lacunas a serem investigadas. Para tanto, sugere-se compreender o Apoio Social como instrumento de suporte ao trabalhador, com vistas a diminuir o absenteísmo.

Sugestões de trabalhadores de enfermagem sobre melhorias de Apoio Social sinalizaram para medidas de gerenciamento institucional (32,3%) e da enfermagem (9,4%), de melhor organização interna da unidade (9,4%) e estratégias de suporte pessoal e de grupo (36,2%). As propostas de suporte social indicavam, especificamente, disponibilização de apoio psicológico individualizado e em grupo aos funcionários, bem como estimular a integração entre o próprio grupo, estendida, especialmente, às chefias e aos médicos⁽⁷²⁾. Corroborando com isso, estudo com enfermeiros de unidade de alta complexidade indicou que esses relatam a necessidade de criação de uma equipe multidisciplinar para assistir aos profissionais que atuam junto a pacientes críticos⁽¹⁹³⁾.

Sendo assim, um baixo Apoio Social, por meio de uma administração autoritária e rígida, sem diálogo com a chefia e com os colegas, pode incorrer em aumento da tensão psíquica do profissional, refletir em tensão nas relações de trabalho, bem como em sentimentos de desprazer, fadiga e estresse, o que pode predispor ao absenteísmo⁽¹⁹⁴⁾.

Verificou-se que o absenteísmo envolve uma ampla gama de variáveis e que tem, portanto, caráter multifatorial, sendo influenciado por fatores de cunho social, cultural, biológico e mental, bem como por características pessoais e do trabalho⁽⁵⁾. Além disso, a relação saúde/adoecimento/trabalho é complexa, especialmente porque o processo é específico para cada pessoa, envolvendo genética, história, contexto de vida e de trabalho⁽¹⁹⁵⁾. Nesse sentido, buscou-se um modelo explicativo para a influência das variáveis investigadas na taxa e no risco para absenteísmo.

As variáveis: tempo para lazer, número de doenças com DM, suspeição de DPM e o turno de trabalho, quando analisadas simultaneamente, apresentaram influência na taxa de absenteísmo, ou seja, são preditoras de maior taxa de absenteísmo em dois anos. Pelo modelo, encontrou-se que não possuir tempo para lazer aumenta em 99% a taxa de absenteísmo e que a mesma sobe em 11% a cada doença com DM. Além disso, a suspeição de DPM dobra a taxa de absenteísmo e o trabalho noturno é fator de proteção para a taxa de absenteísmo (40%).

O conhecimento das variáveis influenciadoras do absenteísmo pode ser utilizado pela organização para a identificação dos processos de trabalho, bem como para analisar a saúde do trabalhador, no intuito de se evitar o ônus para o hospital, para o paciente e para o trabalhador. O absenteísmo poderá ser reduzido se forem criados canais que permitam a vazão correta das tensões dos trabalhadores, bem como a prevenção e o acompanhamento de saúde. Para isso, faz-se necessário investir no trabalhador, humanizando o processo de trabalho, respeitando a capacidade, o esforço e a vontade de progredir e de se desenvolver⁽¹⁷⁶⁾.

O ambiente laboral pode ser considerado um espaço privilegiado para que os trabalhadores e gestores planejem e coloquem em prática ações visando a promoção e a proteção da saúde, por meio da criação de participação e diálogo. Essa iniciativa proporciona a responsabilização compartilhada entre os coordenadores, chefias e trabalhadores⁽¹⁴⁴⁾. A promoção da saúde precisa estar articulada aos serviços de segurança e saúde do trabalhador, proporcionando, além do tratamento de doenças advindas do trabalho, ações que possam promover o bem-estar biopsicossocial dos trabalhadores⁽⁸⁰⁾.

7.3 Limitações do estudo

Uma das limitações do estudo refere-se à seleção da amostra (por conveniência e não probabilística), o que pode restringir a generalização e comparação com o total dos trabalhadores de enfermagem do hospital.

Os estudos de coorte permitem geração de hipóteses e reunião de evidências sobre a associação entre preditores e desfecho, abaixo somente dos ensaios clínicos e das metanálises na pirâmide de evidências científicas. Contudo, é preciso cautela na interpretação dos dados, pois não possuem condições de definir plenamente causalidade, devido à multicausalidade, ou seja: o desfecho pode ser resultado do sinergismo de uma multiplicidade de fatores do sujeito (políticos, econômicos, sociais, culturais, psicológicos, biológicos, etc.) e não somente de uma variável⁽¹⁹⁶⁾.

Além disso, pelos critérios de seleção dos sujeitos, os valores do absenteísmo desse estudo não correspondem à taxa de absenteísmo do HCPA (efeito do trabalhador sadio), uma vez que foram excluídos os trabalhadores em licença-saúde, afastamento pelo INSS, licença-maternidade, por exemplo. Dessa forma, estima-se que a taxa de absenteísmo evidenciada no presente estudo seja inferior à taxa de absenteísmo do hospital. Ademais, houve 24,6% de perdas nesse estudo, o que é previsível e uma limitação dos estudos de coorte⁽¹⁹⁷⁾. Sobre isso, ressalta-se que os trabalhadores que participaram da primeira coleta e que estavam em licença-saúde ou INSS na segunda coleta não foram incluídos na análise por questões éticas, pois não assinariam o novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nesse sentido, não se teria a ciência para a coleta dos dados sobre absenteísmo via IG, mesmo estando disponível aos pesquisadores. Outra limitação se refere a baixa consistência interna da *Job Stress Scale*, o que pode ter mascarado o efeito do estresse sobre o absenteísmo.

Destaca-se, ainda a necessidade de realização de pesquisas com outras abordagens (como os estudos qualitativos), a fim de compreender o significado de descrições e relações encontradas nessa investigação, pois os métodos quantitativos podem mostrar que as variáveis são associadas de forma sistemática, mas não fornecem compreensão clara do porquê da relação⁽¹⁹⁸⁾. Essas descrições ajudariam a esclarecer conceitos importantes e a corroborar as análises estatísticas, como no caso das variáveis de satisfação com remuneração, local e escala de trabalho, por exemplo. Nesse sentido, outros estudos poderiam explicar os dados encontrados, fornecendo perspectivas diferenciadas do fenômeno estudado.

8 CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo analisar o estresse laboral e a suspeição de distúrbios psiquiátricos menores como preditores de absenteísmo em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, em um intervalo de dois anos. As questões de pesquisa foram: quais as características individuais e laborais dos trabalhadores com absenteísmo no trabalho? As características laborais e individuais influenciam a suspeição de distúrbios psiquiátricos menores? As características individuais e laborais, o estresse no trabalho e/ou a suspeição de distúrbios psiquiátricos menores influenciam o absenteísmo em trabalhadores de enfermagem?

Verificou-se predomínio de trabalhadores do sexo feminino (88,6%), com companheiro(a) (61,5%) e com média de idade e de escolaridade de 42,1 e 12,6 anos, respectivamente. A maioria possuía filho(s) (75,5%), não realizava atividade física regular (67,9%), tinha tempo para lazer (91,3%), dormia em média 7,2 horas/dia, possuía IMC alterado (60,3) e tinha alguma doença com DM (74,8%). Na primeira coleta, 20 (8,1%) trabalhadores apresentaram suspeição de DPM.

Quanto às variáveis laborais, predominou a profissão de técnico/auxiliar de enfermagem (78,3%) de Unidades de Internação Adulto (44,9%) e alocados no turno da noite (48%). A maioria trabalhava somente no hospital (94,1%), estava satisfeita com a remuneração (média de 71,4), local (96,4%) e escala de trabalho (75,1%). O escore médio do ICT foi de 41 pontos (boa capacidade para o trabalho), sendo que, no que se refere ao estresse laboral, predominou o Trabalho Passivo (38,2%) e o baixo Apoio Social (64,2%).

Analisando o período da coorte, de dois anos, 83,9% dos trabalhadores apresentaram pelo menos um dia de falta ao trabalho. Nesse período, a mediana da taxa de absenteísmo foi de 1,7%, sendo que metade da amostra faltou até 60,8 horas e um quarto faltou acima de 139,6 horas nesse período (equivalente a 23 dias de afastamento).

Em resposta às questões de pesquisa, evidenciou-se maior taxa de absenteísmo nos trabalhadores de enfermagem:

- com menor escolaridade;
- com filho(s);
- sem tempo para lazer;
- com doença osteomuscular com DM;

- com suspeição de DPM;
- com cargo de técnico/auxiliar de enfermagem;
- que possuíam outro emprego;
- insatisfeitos com o local de trabalho;
- com baixo Apoio Social no trabalho.

Com relação ao risco para absenteísmo em dois anos, foi maior nos trabalhadores:

- sem tempo para lazer (RR=1,15 e IC95%=1,0-1,2);
- com doença com DM (RR=1,19, IC95%=1,0-1,3);
- com doença osteomuscular com DM (RR=1,11 e IC95%=1,0-1,2);
- com suspeição de DPM (RR=1,21 e IC95%=1,1-1,2);
- de Unidades de Alta Complexidade (RR=1,10 e IC95%=1,0-1,2);
- insatisfeitos com o local de trabalho (RR=1,20 e IC95%=1,1-1,2).

No que tange ao risco para absenteísmo elevado em dois anos (aqueles pertencentes ao quartil 75%), foi maior nos trabalhadores de enfermagem:

- com menor escolaridade (RR=1,64 e IC95%=1-2,6);
- sem tempo para lazer (RR=2,48, IC95%=1,5-3,8);
- com suspeição de DPM (RR=2,11 e IC95%=1,2-3,4);
- com cargo de técnico/auxiliar de enfermagem (RR=2,67 e IC95%=1,2-5,8);
- com outro emprego (RR=2,27 e IC95%=1,3-3,8);
- insatisfeitos com o local de trabalho (RR=2,29 e IC95%=1,2-4,2);
- com baixo Apoio Social no trabalho (RR=1,56 e IC95%=1,0-2,6).

Na análise multivariada, após técnica de modelagem, verificou-se que a taxa de absenteísmo em dois anos foi significativamente influenciada pelas variáveis tempo para lazer, número de doenças com DM, suspeição de DPM e turno de trabalho.

Os resultados corroboram a hipótese (H1) de que a suspeição de distúrbios psiquiátricos menores está associada à maior absenteísmo no trabalho de enfermagem, sendo, então, preditor ao desfecho. Ainda, refutam a hipótese (H2) de associação entre estresse laboral e absenteísmo no trabalho de enfermagem.

Assim, os achados contribuem para a saúde do trabalhador e para os gestores hospitalares, indicando as variáveis que influenciam o absenteísmo no trabalho de enfermagem.

9 RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados obtidos, assinalaram-se algumas recomendações para se diminuir/prevenir o absenteísmo no trabalho de enfermagem, com reflexo, na melhoria da saúde do trabalhador:

- implementar um serviço de saúde do trabalhador com enfoque nas ações de prevenção e promoção da saúde, ultrapassando o paradigma do tratamento das doenças;
- atentar para a prevenção dos problemas osteomusculares, proporcionando e incentivando atividades de fortalecimento muscular e ergonomia (criação de convênios com academias de ginástica/dança ou implementação e/ou incentivo de ginástica laboral);
- adquirir e utilizar equipamentos avançados para manuseio de pacientes, assim como treinar e estimular os profissionais de enfermagem quanto ao seu uso adequado e efetivo;
- instituir equipes de manuseio de pacientes pesados nas instituições de saúde;
- criar e implementar protocolos ergonômicos para atividades que requerem manuseio de paciente;
- capacitar as chefias para atentar para os problemas de saúde mental dos seus trabalhadores (como sintomas de insônia, fadiga, tristeza, ansiedade, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas e neurastenia), buscando encaminhamento prévio dos trabalhadores para o serviço de saúde do trabalhador e minimizando repercussões de maior intensidade;
- promover atividades de sensibilização junto aos trabalhadores e às chefias, a fim de ultrapassar a visão hegemônica de que os problemas de ordem mental não estão relacionados ao trabalho;
- incluir profissionais, com formação em saúde mental, nos serviços de saúde do trabalhador, no intuito de diagnosticar as doenças de saúde mental (como os DPM) e realizar seu acompanhamento;
- avaliar constantemente os resultados das estratégias adotadas para a promoção da saúde dos trabalhadores, com gestores e trabalhadores;
- utilizar, nos serviços de saúde do trabalhador, o *SRQ-20* e o *ICT* como instrumentos *screening* para identificação de problemas de saúde física e mental, uma vez que se associaram (suspeição de DPM e doenças com DM) com absenteísmo. Com essa medida, pode-se promover a saúde e evitar o absenteísmo;

- criar ambientes para discussão sobre satisfação com o ambiente e com escala de trabalho. A construção de espaços de diálogo e reflexão sobre o trabalho, buscando estratégias individuais, grupais e organizacionais podem tornar o trabalho mais saudável e prazeroso;
- realizar estudos com outras abordagens, como as qualitativas, a fim de compreender os elementos que levam a insatisfação com o trabalho;
- debater e aprofundar os estudos sobre os efeitos do duplo emprego na saúde do trabalhador;
- criar mecanismos que promovam ações benéficas à saúde do trabalhador no ambiente extra-hospitalar, por meio de parcerias entre os hospitais, sindicatos ou conselhos com academias, clubes de lazer ou cinemas, por exemplo;
- proporcionar reuniões das equipes de trabalho para discutir mecanismos que melhorem o ambiente e o Apoio Social no trabalho;
- identificar as unidades com maiores taxa de absenteísmo e investigar as causas, com o olhar de promoção da saúde;
- acrescentar a disciplina de saúde do trabalhador nos cursos de bacharelado em enfermagem, enfocando, também, a promoção da saúde e da qualidade de vida da equipe de enfermagem, visando a um envelhecimento saudável;
- disseminar a temática do absenteísmo como um problema de saúde e não somente como um problema de gestão hospitalar.

Com essas medidas, busca-se promover a saúde do trabalhador de enfermagem, o que poderá implicar na redução do absenteísmo. Para tanto, ressalta-se a importância dos serviços de saúde do trabalhador em monitorar a taxa de absenteísmo dos trabalhadores, em conjunto com os serviços de gestão hospitalar, uma vez que essa se mostrou associada a algumas variáveis de saúde (doenças com DM, doenças osteomusculares com DM, tempo para lazer e suspeição de DPM).

Considera-se que os dados dessa pesquisa fornecem subsídios para a proposição de estratégias de prevenção e promoção da saúde e da qualidade de vida dos trabalhadores, destacando-se que o cuidado à saúde não se limita aos pacientes hospitalizados, mas se estende às pessoas que trabalham em prol destes pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1 Negeliskii C. O estresse laboral e a capacidade para o trabalho de enfermeiros no Grupo Hospitalar Conceição [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
- 2 Ministério da Saúde (BR), Portaria nº 1.125/GM: Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Brasília (DF); 2005.
- 3 Marx K. O capital: crítica da economia política. Trad. Barbosa R, Kothe FR. São Paulo: Abril; 1983.
- 4 Lautert L. O desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. Rev Gaúcha de Enfermagem 1997;18(2):83-93.
- 5 Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. Rev Bras Enferm 2009;62(1):38-44.
- 6 Farias SMP. Riscos no Trabalho e agravos à saúde do trabalhador de enfermagem em centro municipal de saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999.
- 7 Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ANL, Guido LA. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2010; 18(3):140-7.
- 8 Facchini LA. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli JTP, Rocha LE, Rigotto RM, organizadores. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes; 1993. p. 178-86.
- 9 Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1993. p. 133-58.
- 10 Alexandre NMC, Benatti MCC. Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem 1998;6(2):65-72.
- 11 Monteiro MS, Alexandre NM, Rodrigues CM. Doenças músculo-esqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde. Rev Esc Enferm USP 2006;40(1):20-5

- 12 Kirchhof ALC, Lacerda MR, Sarquis LMM, Magnago TSB, Gomes IM. Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. *Colom Med* 2011;42(supl 1):113-9.
- 13 Kirchhof ALC, Magnago TSBS, Camponogara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC, et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2009; 18(2):215-23
- 14 Cerchiari EAN, Caetano D, Faccenda O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estud Psicol (Natal)* 2005;10(3):413-20.
- 15 Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002;36(2):213-21
- 16 Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22(8):1639-48.
- 17 Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Índice de capacidade para o trabalho. São Carlos: Editora da Universidade Federal de São Carlos; 2005.
- 18 Manetti ML. Estudo de aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.
- 19 Barboza DB, Soler ZASG. Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev Latin-am Enfermagem* 2003; 11(2):177-83.
- 20 Pinho PL, Araújo TM. Trabalho de enfermagem em unidade de emergência hospitalar. *Rev Enferm UERJ* 2007;15(3): 329-36.
- 21 Gehring Junior G, Corrêa Filho HR, Vieira Neto JD, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. *Rev Bras Epidemiol* 2007;10(3):401-9.
- 22 Coelho FMC, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PVS, Garcias CMM, Silva, CV. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):59-67.
- 23 Porto CC. Exame clínico: bases para a prática médica. 6^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- 24 Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 9^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
- 25 Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2005;39(4):669-76.

- 26 Pafaro R C, De Martino MMF. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(2):152-60.
- 27 Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005;13(2):255-61.
- 28 Souza LM. Saúde e qualidade de vida em idosos que realizam trabalho voluntário [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- 29 Wajnman S. Tendências prospectivas de crescimento da população economicamente ativa no Brasil. Textos para discussão 111. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais; 1997.
- 30 Freitas EV, Py L, Caçado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- 31 Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Cienc Saúde Coletiva* 2010;15(supl 1):1553-61.
- 32 Bellusci SM, Fischer FM. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. *Rev Saúde Pública* 1999;33(6):602-9.
- 33 Jorge AL. Motivos que levam os trabalhadores de enfermagem ao absenteísmo. *Acta Paul Enferm* 1995; 8(1):39-46.
- 34 Riboldi CO. Dimensão do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
- 35 Sancinetti TR. Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa, diagnóstico médico e perfil dos profissionais. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
- 36 Laus AM, Anselmi ML. Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escola. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(4):681-9.
- 37 Assunção AA. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Cienc Saúde Coletiva* 2003;8(4):1005-18.
- 38 Sancinetti TR, Soares AVN, Lima AFC, Santos NC, Melleiro MM, Fugulin FMT, et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(4):1007-12.
- 39 Vasconcelos A, Faria JH. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. *Psicol Soc* 2008;20(3):453-64.

- 40 Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007;15(2):167-74.
- 41 Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Annablume; 2008.
- 42 Oguisso T. As origens da prática de cuidar. In: Oguisso T, organizador. *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2007. p. 3-29.
- 43 Foucault M. O nascimento da clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Univesitária; 1998.
- 44 Bellato R, Pasti MJ, Takeda E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 1997;5(1):75-81.
- 45 Kruse MHL. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. *Rev Bras Enferm* 2006;59(esp):403-10.
- 46 Oguisso T. Florence Nightingale. In: Oguisso T, organizador. *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2007. p. 58-97.
- 47 Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Breve Histórico Institucional da EEAN [Internet]. Rio de Janeiro; 2011. [citado 2012 fev 07]. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/sobre/index.htm>.
- 48 Fertig A, Xavier IHF, Souza LM. Perfil de uma escola de enfermagem do sul do Brasil no período de suas fundadoras. *Rev Gaúcha Enferm* 2008;29(1):98-103.
- 49 Pereira WR. As relações de poder no universo de enfermeiras docentes. *Rev Gaúcha Enferm* 1999;20(1):41-56.
- 50 Presidência da República (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986: dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF); 1986.
- 51 Conselho Regional de Enfermagem (RS). *Quantos somos*. Porto Alegre: 2010. [citado 2010 ago 24]; Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/sepesq.php>.
- 52 Rios KA, Barbosa DA, Belasco AGC. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2010;18(3):122-30.
- 53 Lautert L. O processo de enfrentamento do estresse no trabalho hospitalar: um estudo com enfermeiras. In: Haag GS, Lopes MJM, Schuck JS, organizadoras. *A enfermagem e a saúde dos trabalhadores*. 2ª ed. Goiânia: AB; 2001. p. 114-40.
- 54 Carvalho DV, Lima EDP. Sintomas físicos de estresse na equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. *Rev Nursing* 2001;4(34):31-4.
- 55 Meirelles NF, Zeitoune RCG. Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2003;7(1):78-88.

- 56 Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005;13(3):364-73.
- 57 Magnago TSBS, Lisboa MTL, Souza IEO, Moreira MC. Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. *Rev Bras Enferm* 2007;60(6):701-5.
- 58 Duran ECM, Cocco MIM. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001;12(1)3-9.
- 59 Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003;37(4):424-33.
- 60 Andrade CB, Monteiro MI. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(2):237-44.
- 61 Tuomi K, Eskelinen L, Toikkanen J, Jarvinen E, Ilmarinen J, Klockars M. Work load and individual factors affecting work ability among aging municipal employees. *Scand J Work Environ Health* 1991;17(Suppl 1):128-134.
- 62 Tuomi K, Eskelinen L, Toikkanen J, Jarvinen E, Ilmarinen J, Klockars M. Work load and individual psychosocial prerequisites of functioning in relation to work ability and general subjective well-being among office workers. *Scand J Work Environ Health* 2002;28(3):184-90.
- 63 Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5^a ed. São Paulo: Cortez; 1992.
- 64 Sato L, Bernardo MH. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Cienc Saúde Coletiva* 2005;10(4):869-78.
- 65 Dejours C, Abdoucheli E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: Dejour C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuição da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas; 1994. p.119-43.
- 66 Borsol ICF. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicol Soc* 2007;1(esp):103-11.
- 67 Damasceno MMC, Araújo TL. Saúde do trabalhador de saúde: análise das pesquisas sobre o tema. *Rev Bras Enferm* 2005;58(3):335-40.
- 68 Costa JSD, AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* 2002;5(2):164-73.

69 Coutinho E, Almeida-Filho N, Mari JJ, Rodrigues LC. Gender and minor psychiatric morbidity: results of a case-control study in a developing country. *Int J Psychiatry Med* 1999;29(2):197-208.

70 Santos KOB, Araújo TM, Pinho PS, Silva ACC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). *Rev Baiana Saúde Pública* 2011;34(3):544-60.

71 Costa AG, Ludermir AB. Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005;21(1):73-9.

72 Amaral TR. Dimensões psicossociais do trabalho da enfermagem e os distúrbios psiquiátricos menores em unidade críticas [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

73 Silva JLL, Melo ECP, Griep RH, Rotemberg L. Estresse, trabalho e ambiente: prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem de um hospital federal no município do Rio de Janeiro. In: *Anais da XV Semana Científica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa e VII Semana de Gerenciamento em Enfermagem: dez anos discutindo ensino, serviço e competências*; 2008 set 15-18; Niterói, Brasil. Niterói, UFF; 2008. on line. [citado 2012 fev 18]. Disponível em: <<http://www.uff.br/anaissegerenf/pdf/229%20-%20estresse,%20trabalho%20e%20ambiente.pdf>>

74 Facundes VLD, Ludermir AB. Common mental disorders among health care students. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(3):194-200.

75 Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos da vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* 2003;19(6):1713-20.

76 Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Zeitoune RCG, Tavares JP. Condições de trabalho de profissionais de enfermagem: uma avaliação a partir do Modelo Demanda-Control. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(6):811-7.

77 Urbanetto JS. Estresse e hipertensão arterial de trabalhadores de enfermagem de um hospital de pronto-socorro [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2010.

78 Azevedo VAZ, Kitamura S. Stress, trabalho e qualidade de vida. In: Vilatra, Carvalho THPF, Gonçalves A, Gutierrez GL, organizadores. *Qualidade de vida e fadiga institucional*. Campinas: IPES; 2006. P. 137-50,

79 Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da “Job Stress Scale”: adaptação para o português. *Rev Saúde Pública* 2004;38(2):164-71.

80 Greco PBT. Distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores dos centros de atendimento socioeducativo do Rio Grande do Sul [dissertação]. Santa Maria: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria; 2011.

- 81 Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. *Cienc Saúde Coletiva* 2003;4(8):991-1003.
- 82 Greco PBT, Magnago TSBS, Prochnow A, Beck CLC, Tavares JP. Utilização do modelo demanda-controle de Karasek na América Latina: uma pesquisa bibliográfica. *Revista de Enfermagem da UFSM [Internet]* 2011; [citado 2012 fev 18];1(2): on line. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2566>
- 83 Melo LEA. A Previdência Social e a luta contra os acidentes e doenças do trabalho no Brasil. *Informa de Previdência Social* 2011;23(7):1-27.
- 84 Guimarães LJR. Evolução recente da concessão de auxílio-doença pelo INSS. *Informa de Previdência Social* 2011;23(6):1-29.
- 85 Ministério da Previdência Social (BR). Saúde e Segurança Ocupacional. Informações estatísticas relativas à segurança e saúde ocupacional. Brasília (DF); 2009. [citado 2012 fev 15]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=500>
- 86 Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, Bonilla IML, Giné NA, Martin M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003;37(5):616-23.
- 87 Inoue KC, Matsuda LM, Silva DMPP, Uchimura TT, Mathias TAF. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm* 2008;61(2):209-14.
- 88 Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VEA, Fugulin FMT, Baptista PCP, Ciampone MH, et al. Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. *Rev Esc Enferm USP* 2009;43(esp 2):1277-83.
- 89 Becker SG, Oliveira MLC. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. *Rev Latino-am Enferm* 2008;16(1):109-14.
- 90 Echer IC, Moura GM, Magalhães AM, Piovesan R. estudo do absenteísmo como variável no planejamento de recursos humanos em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* 1999;20(2):65-76.
- 91 Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem um hospital universitário. *Rev Latino-am Enferm* 2000;8(5):44-51.
- 92 Silva DMPP, Marziale MHP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Acta Scient Health Scienc* 2003;25(2):191-7.
- 93 Cummings SR, Newman TB, Hulley SB. Delineando um estudo observacional: estudos de coorte. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 113-26.

- 94 Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS). Relatório de Gestão 2008. Porto Alegre; 2009.
- 95 Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS). Relatório de Gestão 2010. Porto Alegre; 2011.
- 96 Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Regimento do Grupo de Enfermagem. [Internet]. Porto Alegre; 2010. [citado 2012 abr 25]. Disponível em: http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/Comunicacao/regimento_genf.pdf.
- 97 Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. Rev Saúde Pública 2009;43(3):525-32.
- 98 Renosto A, Biz P, Hennington EA, Pattussi MP. Confiabilidade teste-reteste do Índice de Capacidade para o Trabalho em trabalhadores metalúrgicos do sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol 2009;12(2):217-25.
- 99 Cummings SR, Stewart AL, Hulley S. Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 265-81.
- 100 Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. Cad Saúde Pública 2009;25(1):214-22.
- 101 Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in a primary care in the city of São Paulo. Br Psychiatry 1986;148:23-6.
- 102 Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação do desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cad Saúde Pública 2008;24(2):380-90.
- 103 Delcor NS, Araújo TM, Reis EJFB, Porto LA, Carvalho FM, Silva MO, et al . Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública 2004;20(1):187-196
- 104 Reis EJFB, Carvalho FM, Araújo TM, Porto LA, Silvany Neto AM. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública 2005;21(5):1480-90.
- 105 Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública 2006;22(1):131-40.
- 106 Ulhôa MA, Marqueze EC, Lemos LC, Silva LG, Silva AA, Nehme P, et al . Distúrbios psíquicos menores e condições de trabalho em motoristas de caminhão. Rev Saúde Pública 2010;44(6):1130-1136.
- 107 Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943: Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília (DF); 1943.

- 108 Correa Filho HR. Outra contribuição da epidemiologia. In: Buschinelli JTP, Rocha LE, Rigotto RM, organizadores. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes; 1993. p. 187-214.
- 109 Bellusci SM. Epidemiologia. 4ª ed. São Paulo: SENAC; 1995.
- 110 Belem JHR, Gaidzinski RR. Estudo das ausências da equipe de enfermagem. Rev Bras Enferm 1998;51(4):697-708.
- 111 Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2000.
- 112 Gomes UA. Riscos, chance e prognóstico. In: Franco JL, Passos ADC, organizadores. Fundamentos de epidemiologia. Barueri: Manole; 2005. P.166-78.
- 113 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 114 Santos TMBS, Frazão IS, Ferreira DMA. Estresse ocupacional em enfermeiros de um hospital universitário. Cogitare Enferm 2011;16(1):76-1.
- 115 Hilleshein EF, Souza LM, Lautert L, Paz AA, Catalan VM, Teixeira MG, et al. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm 2011;32(3):509-15.
- 116 Simonetti SH, Miyahara Kobayashi K, Rika FB. Identificação dos agravos à saúde do trabalhadores de enfermagem em hospital cardiológico. Saúde Coletiva 2010;41(07):135-9.
- 117 Pereira PF. Homens na enfermagem: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
- 118 Hilleshein EF. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário: interface entre o pessoal, o laboral e a promoção da saúde [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- 119 Shimizu HE, Couto DT, Merchn-Hamann E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. Rev Latino-Am Enferm 2011;19(3):565-72.
- 120 Maynardes DCD, Sarquis LM, Kirchof ALC. Trabalho noturno e morbidades de trabalhadores de enfermagem. Cogitare Enferm 2009;14(4):703-8.
- 121 Abreu RMD. Estudo do absenteísmo na equipe de enfermagem de um hospital de ensino [dissertação]. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2009.
- 122 Müller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade d vida. Estudos Psicol 2007;24(4):519-28.

123 Dal Pai D. Violência no trabalho em pronto socorro: implicações para a saúde mental dos trabalhadores [tese]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

124 Magalhães AMM, Martins CMS, Falk MLR, Fortes CV, Nunes VB. Perfil dos profissionais de enfermagem do turno noturno do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev HCPA 2007;27(2):16-20.

125 Fischer FM, Borges NS, Rotenber L, Latorre MRDO, Soares NS, Rosa PLFS, et al. A (in)capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. Rev Bras Med Trab 2005;3(2):97-103.

126 Souza CL, Aldrigui JM, Lorenzi Filho G. Qualidade do sono em mulheres paulistanas no climatério. Rev Assoc Med Bras 2005;51(3):170-6

127 Campos MLP, de Martino MMF. Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. Rev Esc Enferm USP 2004;38(4):415-421.

128 Hidalgo MP, Caumo W, Posser M, Coccaro SB, Camozzato AL, Chaves ML. Relationship between depressive mood and chronotype in healthy subjects. Psychiatry Clin Neurosci 2009;63(3):283-90.

129 Dalarosa MG, Lautert L. Acidentes com material biológico no trabalhador de enfermagem de um hospital de ensino: estudo caso-controle. Rev Gaúcha Enferm 2009;30(1):19-26.

130 Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Rev Bras Saúde Matern Infantil 2005; 5(3):337-48.

131 Maia CO, Goldmeier S, Moraes MA, Boaz MR, Azzolin K. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem. Acta Paul Enferm 2007;20(2):138-42.

132 Monteiro I, Pi Chillida MS, Moreno LC. Work ability among nursing personnel in public hospitals and health centers in Campinas – Brazil. Work 2012;41:316-9.

133 Nascimento LC, Mendes IJM. Perfil de trabalhadores de um centro de saúde-escola. Rev Latino-am Enfermagem 2002;10(4):502-8.

134 Safiano Cm, Sarquis LMM, Felli VE, Giacomozzi LM. O processo saúde-doença vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar. Cogitare Enferm 2003;8(2):87-91.

135 Martinato MCNB, Severo DF, Marchand EAA, Siqueira HCH. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm 2010;31(1):160-6.

- 136 Lipscomb J, Trinkoff A, Brady B, Geiger-Brown J. Health care system changes and reported musculoskeletal disorders among registered nurses. *Am J Public Health* 2004;94(8):1431-5.
- 137 Santos JFS, Ulguin AP. Transtornos psíquicos menores, percepção de estresse e atividade física de trabalhadores da área portuária. *Psychiatry on line Bras* [Internet] 2006 [citado 2010 ago 18];11(3):on line. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano06/artigo0306.php>.
- 138 Cabana MC FL, Ludermir AB, S ER, Ferreira MLL, Pinto MER. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *J Bras Psiquiatr* 2007;56(1):33-40.
- 139 Porto LA, Cavalho FM, Oliveira NF, Silvany Neto AM, Araújo TM, Reis EJFB, et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. *Rev Saúde Pública* 2006;40(5):818-26.
- 140 De Marco PF, Cítero VA, Moraes E, Nogueira-Mertins LA. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *J Bras Psiquiatr* 2008;57(3):178-83.
- 141 Martinez MC, Paraguay AIBB, Latorre MRDO. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Rev Saúde Pública* 2004;38(1):55-61.
- 142 Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. *Epidemiologia básica*. 2ª ed. São Paulo: OMS; 2010.
- 143 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 293, de 21 de setembro de 2004. Brasília (DF); 2004. Disponível em: <http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4329>
- 144 Magnago, TSBS. Aspectos psicossociais o do trabalho e distúrbio músculo-esquelético em trabalhador de enfermagem [tese]. Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
- 145 Urbanetto JS, Silva PC, Hoffmeister E, Souza BN, Costa BEP, Poli-de-Figueiredo CE. Estresse no trabalho da enfermagem em hospital de pronto socorro: análise usando a *Job Stress Scale*. *Rev Latino-am Enfermagem* 2011;19(5):1122-31.
- 146 Montanholi LL, Tavares DMS, Oliveira GR. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Rev Bras Enferm* 2006;59(5):661-5.
- 147 Shimidt DRC, Santas RAs. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sobre a ótica da satisfação. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2006;14(1):54-60.
- 148 Nascimento GM. Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica e distrital de saúde do município de Ribeirão Preto-SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
- 149 Karpinski D, Stefano SR. Qualidade de vida no trabalho e satisfação: um estudo de caso no setor atacadista de beneficiamento de cereais. *Rev Eletr Lato Sensu* [internet] 2008 [citado

2012 Fev 11];3(1):[23 p.]. Disponível em:

http://web03.unicentro.br/especializacao/Revista_Pos/P%C3%A1ginas/3%20Edi%C3%A7%C3%A3o/Aplicadas/PDF/31-Ed3_CS-QualidadeTr.pdf.

150 Negeliskii C, Lautert L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011;19(3):606-13.

151 Bethge M, Radoschewski MF, Müller-Fahrnow W. Work stress and work ability: cross-sectional findings from the German sociomedical panel of employees. *Disabil Rehabil* 2009;31(20):1692-9.

152 Meira LF. Capacidade para o trabalho, fatores de risco para doenças cardiovasculares e condições laborais de trabalhadores de uma indústria metal-mecânica de Curitiba [dissertação]. Curitiba; Universidade Federal do Paraná; 2004.

153 Martinez MC, Latorre MRDO. Fatores associados à capacidade para o trabalho em trabalhadores do setor elétrico. *Cad Saúde Pública* 2009;25(4):761-72.

154 Sampaio RF, Coelho CM, Barbosa FB, Mancini MC, Parreira VF. Work ability and stress in a bus transportation company in Belo Horizonte, Brazil. *Cienc Saúde Coletiva* 2009;14(1):287-96.

155 Pitthan LO. Exposição do professor substituto da saúde ao estresse no trabalho [dissertação]. Santa Maria, Universidade Federal de Santa Maria; 2010.

156 Macedo LET, Chor D, Andreozzi V, Faerstein E, Wernwck GL, Lopes CS. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais por problemas de saúde no Estudo Pró-saúde. *Cad Saúde Pública* 2007;23(10):2327-36.

157 Fonseca ISS, Moura SB. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. *Rev Elet Intern Un Latino-am Ent de Psicol* [internet] 2008 [citado 2012 Fev 8];15: [cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.psicolatina.org/15/apoio.html>

158 Lucchesi LM, Pradella-Hallinan M, Lucchesi M, Moraes WAS. O sono em transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(suppl 1):27-32.

159 Alves MGM. Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.

160 Hospital de Clínicas de Poto Alegre. Indicadores anuais. [Internet]. Porto Alegre; 2011. [citado 2012 abr 25]. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/441/661/>.

161 Mesa FR, Kaempffer AM. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. *Rev Méd Chile* 2004;132(9):1100-8.

162 Alves M, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas de um hospital de urgência-emergência. *Rev Bras Enferm* 2006;59(2):195-200.

- 163 Godoy SCB. Absenteísmo-doença entre funcionários de um hospital universitário [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
- 164 Nogueira DP, Azevedo CAB. Absenteísmo-doença em mulheres. *Rev Br Saúde Ocupac* 1982;10:48-51.
- 165 Cunha JB, Blank VLG, Boing AF. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). *Rev Bras Epidemiol* 2009;12(2):226-36.
- 166 Inoue KC, Matsuda LM, Silva DMPP, Uchimura TT, Mathias TAF. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm* 2008;61(2):209-14.
- 167 Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VEA, Fugulin FMT, Baptista PCP, Ciampone MH, et al. Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. *Rev Esc Enferm USP* 2009;43(esp 2):1277-83.
- 168 Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Perfil do absenteísmo em um banco estatal de Minas Gerais: análise no período 1998 a 2003. *Cienc Saúde Coletiva* 2008;13(supl 2):2049-58.
- 169 Alves M, Godoy SCB. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em hospital universitário. *REME Rev Min Enferm* 2001;5(1/2):73-81.
- 170 Fischer FM. Retrospective study regarding absenteeism among shiftworkers. *Arch Occup Environ Health* 1986;58(4):301-320.
- 171 Metzner RJ, Fischer FM. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. *Rev Saúde Pública* 2001;35(6):548-53.
- 172 Fonseca VR. Atividade física, absenteísmo e demanda por atendimento à saúde de funcionários de indústria automobilística de São Caetano do Sul [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.
- 173 Fischer FM, Teixeira LR, Borges FNS, Gonçalves MBL, Ferreira RM. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. *Cad Saúde Pública* 2002;18(5):1261-9.
- 174 Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Uchiyama M. Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *J Adv Nurs* 2005;52:445-453.
- 175 Gemelli KK, Hilleshein EF, Lautert L. Efeitos do trabalho em turnos na saúde do trabalhador: revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm* 2008;29(4):639-46.
- 176 Godoy SCB, Alves M, Rocha AM, Santana DM. Work absence by disease in a public hospital net. A descriptive study. *Online Braz J Nurs* [internet] 2006 [citado 2012 Fev 8]; 5(3):[cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/544>.

- 177 Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem um hospital universitário. *Rev Latino-am Enferm* 2000;8(5):44-51.
- 178 Diáz, MDCM. Lesões osteomusculares entre trabalhadores de um hospital mexicano e a ocorrência de absenteísmo [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.
- 179 Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- 180 Castro AB. Handle with Care: the American Nurses Association's campaign to address work related musculoskeletal disorders. *Orthop Nurs* 2006;25(6):356–365.
- 181 Nelson A, Baptiste A. Evidence-based practices for safehandling and movement. *Orthop Nurs* 2006;25(6):367–379.
- 182 American Nurses Association. Handle With Care [Internet]. Estados Unidos; 2004. [citado 2012 mar 07]. Disponível em: <http://ana.nursingworld.org/MainMenuCategories/OccupationalandEnvironmental/occupationalthhealth/handlewithcare.aspx>.
- 183 Schreuder JAH, Roelen CAM, Koopmans PC, Moen BE, Groothoff JW. Effort–reward imbalance is associated with the frequency of sickness absence among female hospital nurses: a cross-sectional study. *Intern J Nurs Studies* 2010;47(5):569-76.
- 184 Bianchi ERF. Enfermeira hospitalar e o stress. *Rev Esc Enf USP* 2000;34(4):390-4.
- 185 Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Camponogara S, Nonnenmacher CQ, et al . Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2010;23(2):187-93.
- 186 Silva DMPP, Marziale MHP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Acta Scient Health Scienc* 2003;25(2):191-7.
- 187 Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem das unidades de internação do HU-USP. *Rev Esc Enferm USP* 2003;37(4):109-17.
- 188 Fernandes JD, Ferreira SL, Albergaria AK, Conceição FM. Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. *Rev Latino-Am Enferm* 2002;10(2):199-206.
- 189 Puc-Valdez M, Rosario RJM, Yolanda TAM, Guadalupe LS Análisis de las causas de ausentismo injustificado com um grupo focal de Enfermeras. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2005;13():141-5.

- 190 Lu H, Barriball KL, Zhang X, While AE. Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2012; [no prelo]: [cerca de 22 p.]. [citado 2012 fev 07]. Disponível em:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911004536>
- 191 Lee H, Song R, Cho YS, Lee, GZ, Daly, B. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *J Adv Nurs* 2003;44(5):534-45.
- 192 Stacciarini JMR, Tróccoli BT O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001;9(2):17-25.
- 193 Balsanelli Ap, Santos KJ, Soler AOG. O trabalho do enfermeiro em unidades complexas: um enfoque sobre os sentimentos para o cuidado diário de pacientes com risco de morte. *Nursin: Rev Tecn Enferm* 2002;44(5):23-28.
- 194 Lunardi Filho WD. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm* 1997;50(1):77-92.
- 195 Glina DMR, Rocha LE, Batista ML, Mendonça MG. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cad Saúde Pública* 2001;17(3):607-616.
- 196 Rouquayrol MZ, Goldbaum M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogen; 2003. p. 17-35.
- 197 Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saúde* 2003;12(4):189-201.
- 198 Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Apêndice A – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido aprovado pelo HCPA

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Autorização para participar de um projeto de pesquisa

Nome do estudo: Condições de trabalho e distúrbios psiquiátricos menores como preditores de absenteísmo em trabalhadores de enfermagem

Instituição de Origem: Escola de Enfermagem/UFRGS

Local de realização: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Pesquisador responsável e telefone para contato: Profa. Dra. Liana Lautert, - 3308-5171.

Colaboradores: Ddo Luccas Melo de Souza; Acadêmicas de enfermagem: Deborah Bulegon Mello e Priscilla Wolff Moreira

Nome do participante (preencher com letra de fôrma por extenso):

1. OBJETIVO DESTE ESTUDO

Analisar o impacto da capacidade para o trabalho e dos distúrbios psiquiátricos menores na incidência de absenteísmo nos trabalhadores de enfermagem do HCPA, num seguimento de dois anos.

2. EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

O(A) senhor(a) está sendo convidado a participar deste estudo e responder a um questionário utilizado para caracterizar o perfil ocupacional dos trabalhadores do HCPA.

Os dados deste questionário serão analisados conjuntamente aos de outros trabalhadores, e comparados entre si para conhecer o perfil de resposta da equipe de enfermagem e sua influência no absenteísmo. Você já participou desse estudo, respondendo ao mesmo questionário no período entre novembro de 2008 e maio de 2009.

O absenteísmo será verificado por consulta ao sistema IG do hospital (meio eletrônico), com base no número do seu cartão ponto e seu nome. Reforçamos que estes resultados não prejudicarão o laudo de aptidão para o trabalho, não terão influência na sua avaliação funcional e que serão analisados conjuntamente, preservando a sua identidade.

HCPA / CPPG
VERSÃO APROVADA
25.04.2011
nº 100582 83

Caso você aceite participar do estudo, deverá assinar uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que ficará arquivado com os pesquisadores. A outra via será entregue a você, com a assinatura dos pesquisadores.

3. POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTOS

Um possível desconforto poderá estar relacionado com o tempo dispensado de aproximadamente 20 minutos para aplicação do instrumento de coleta de dados. Sua participação é voluntária.

4. BENEFÍCIOS

Os dados desta investigação servirão de base para analisar o processo de trabalho, minimizar ou eliminar cargas nocivas à saúde da equipe de enfermagem, o que poderá remeter, também, à redução do absenteísmo e qualificação do processo de cuidar.

5. DIREITO DE DESISTÊNCIA

O(A) senhor(a) poderá encerrar a participação em qualquer fase do estudo, sem que isso interfira no seu emprego ou no seu atendimento no Serviço de Medicina Ocupacional.

Se concordar, poderemos iniciar a aplicação do questionário.

6. PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE

Todas as informações obtidas neste estudo poderão ser publicadas com finalidade científica, preservando-se completo anonimato dos participantes. Os dados serão confidenciais e analisados coletivamente. Sua privacidade e anonimato serão preservados.

7. CONSENTIMENTO

Declaro ter lido – ou me foram lidas - as informações acima antes de assinar este Termo. Foi-me dada ampla oportunidade para fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Por este instrumento, tomo parte, voluntariamente, do presente estudo.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do participante: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

HCPA/04-3
VERSÃO APROVADA
25/10/2011

Apêndice B -Instrumento de coleta de dados para caracterização da amostra

Nome: _____	Data ___/___/_____	Cartão ponto: _____
Setor: _____	Telefone para contato: _____	

A. DADOS GERAIS DO PROFISSIONAL (Preenchidos pelo pesquisador)	
A.1 Escolaridade: _____ (em anos de estudo completos e aprovados)	AESCOL _____
A.2 Situação conjugal (1) Solteiro ou sem companheiro (2) Casado ou com companheiro	ASCONJ _____
A.3 Número de filhos: _____	AFILHO _____
A.4 N° médio de horas de sono nas 24 horas: _____	AHSONO _____
A.5 Prática regular de atividade física (3x/semana): (1) sim (2) não	AATFIS _____
A. 6 Tempo, em meses, de prática de atividade Física Regular: _____	ATEMPO _____
	AFALEC _____
B. INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHADOR (preenchidos pelo trabalhador)	
B.2 Setor de trabalho: _____	BDTADM _____
B.3 Cargo/função na Instituição: _____	BSETOR _____
B.4 Tempo que trabalha no cargo/função atual (em anos completos): _____	BOCUP _____
B.5 Carga horária semanal de trabalho no HCPA: _____	BTFUNC _____
B.6 Você tem outro emprego? (1) sim (2) não	BCHTHC _____
B.7 Carga horária semanal de trabalho em outra instituição: _____	BOUTEMP _____
B.8 Você tem tempo para lazer? (1) sim (2) não	BCHTI _____
B.8 Você está satisfeito com o local onde trabalha? (1) sim (2) não	BLAZER _____
B.9 Qual seu turno de trabalho? 1) Diurno – 8hs 4) Noite 2) Manhã 5) Intermediário 3) Tarde 6) Outro? Qual? _____	BSATISF _____ BTURNO _____
B.10 Há quanto tempo trabalha nesse turno (em anos)? _____	
B.11 Na maior parte do tempo o número de pessoas na escala de trabalho é: (1) suficiente (2) insuficiente	BTPTURNO _____ BESCAL _____
B.12 Marque na linha abaixo um traço vertical no percentual que corresponde ao seu grau de satisfação com a sua remuneração	BREND _____
_____ 0% 100%	

Apêndice C – Termo de compromisso para utilização dos dados

Título do Projeto

<p>CONDIÇÕES DE TRABALHO E DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS MENORES COMO PREDITORES DE ABSENTEÍSMO EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM</p>	<p>Cadastro no GPPG</p>
--	--------------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos trabalhadores cujos dados serão coletados bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 25 de novembro de 2010.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Liana Lautert	
Luccas Melo de Souza	

Anexo A – Carta de aprovação do projeto “Avaliação dos fatores potencializadores de saúde e adoecimento dos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 07-482

Versão do Projeto: 29/10/2007

Versão do TCLE: 30/10/2007

Pesquisadores:

LIANA LAUTERT

SONIA BEATRIZ COCARO DE SOUZA

DENISE TOLFO SILVEIRA

DAMASIO MACEDO TRINDADE

DIRCE NELCI PORT MACIEL

REGINA BARBOSA SPERANSA

ANA PAULA SCHERER DE BRUM

CARLA VENDRAME BASSO

Título: AVALIAÇÃO DOS FATORES POTENCIALIZADORES DE SAÚDE - ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 30 de outubro de 2007.


Prof. Nadine Clausell

Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

Anexo B – Índice de Capacidade para o Trabalho

Este questionário é sobre como você percebe a sua capacidade para o trabalho.

Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

1-Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida:

Numa escala de 0 a 10, quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual?

Estou incapaz para o trabalho 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estou em minha melhor capacidade

ICT1_____

2- Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho:

A. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo).

ICT.2A_____

() muito boa () boa () moderada () baixa () muito baixa

B. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer.

ICT.2B_____

() muito boa () boa () moderada () baixa () muito baixa

3- Número atual de doenças diagnosticadas por médico:

Na sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque com um X também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

	LESÕES POR ACIDENTES OU DOENÇAS	Minha opinião	Diagnóstico médico	
01	Lesão nas costas			3.1 OP DM DR NA
02	Lesão nos braços/mãos			3.2 OP DM DR NA
03	Lesão nas pernas/pés			3.3 OP DM DR NA
04	Lesão em outras partes do corpo Onde? Que tipo de lesão? _____			3.4 OP DM DR NA
05	Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes.			3.5 OP DM DR NA
06	Doença da parte inferior das costas com dores frequentes			3.6 OP DM DR NA
07	Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)			3.7 OP DM DR NA
08	Doença musculoesquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes			3.8 OP DM DR NA
09	Artrite reumatóide			3.9 OP DM DR NA
10	Outra doença músculo-esquelética Qual? _____			3.10 OP DM DR NA
11	Hipertensão arterial (pressão alta)			3.11 OP DM DR NA
12	Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)			3.12 OP DM DR NA

	LESÕES POR ACIDENTES OU DOENÇAS	Minha opinião	Diagnóstico médico	
13	Infarto do miocárdio, trombose coronariana.			3.13 OP DM DR NA
14	Insuficiência cardíaca			3.14 OP DM DR NA
15	Outra doença cardiovascular Qual? _____			3.15 OP DM DR NA
16	Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)			3.16 OP DM DR NA
17	Bronquite crônica			3.17 OP DM DR NA
18	Sinusite crônica			3.18 OP DM DR NA
19	Asma			3.19 OP DM DR NA
20	Enfisema			3.20 OP DM DR NA
21	Tuberculose pulmonar			3.21 OP DM DR NA
22	Outra doença respiratória Qual? _____			3.22 OP DM DR NA
23	Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa)			3.23 OP DM DR NA
24	Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)			3.24 OP DM DR NA
25	Problema ou diminuição da audição			3.25 OP DM DR NA
26	Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)			3.26 OP DM DR NA
27	Doença neurológica (avc, enxaqueca, epilepsia)			3.27 OP DM DR NA
28	Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos Qual? _____			3.28 OP DM DR NA
29	Pedras ou doença da vesícula biliar			3.29 OP DM DR NA
30	Doença do pâncreas ou o fígado			3.30 OP DM DR NA
31	Úlcera gástrica ou duodenal			3.31 OP DM DR NA
32	Gastrite ou irritação duodenal			3.32 OP DM DR NA
33	Colite ou irritação do colon			3.33 OP DM DR NA
34	Outra doença digestiva Qual? _____			3.34 OP DM DR NA
35	Infecção das vias urinárias			3.35 OP DM DR NA
36	Doença dos rins			3.36 OP DM DR NA
37	Doença nos genitais e aparelho reprodutor (ex. problema nas trompas ou na próstata)			3.37 OP DM DR NA
38	Outra doença geniturinária Qual? _____			3.38 OP DM DR NA
39	Alergia, eczema.			3.39 OP DM DR NA
40	Outra erupção Qual? _____			3.40 OP DM DR NA
41	Outra doença da pele Qual? _____			3.41 OP DM DR NA
42	Tumor benigno			3.42 OP DM DR NA
43	Tumor maligno (câncer) Onde? _____			3.43 OP DM DR NA
44	Obesidade			3.44 OP DM DR NA
45	Diabetes			3.45 OP DM DR NA
46	Bócio ou outra doença da tireóide			3.46 OP DM DR NA
47	Outra doença endócrina ou metabólica. Qual? _____			3.47 OP DM DR NA
48	Anemia			3.48 OP DM DR NA
49	Outra doença do sangue Qual? _____			3.49 OP DM DR NA
50	Defeito de nascimento Qual? _____			3.50 OP DM DR NA
51	Outro problema ou doença Qual? _____			3.51 OP DM DR NA

4- Perda estimada para o trabalho devido às doenças:

Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta.

- a. não há impedimento/eu não tenho doenças .
- b. eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas.
- c. algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.
- d. frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.
- e. por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial.
- f. na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar.

ICT4.a____

ICT4.b____

ICT4.c____

ICT4.d____

ICT4.e____

ICT4.f____

5- Faltas ao trabalho por doenças no último ano:

Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses? _____

ICT5_____

6- Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos:

Considerando sua saúde, você acha que será capaz de daqui a 2 anos fazer seu trabalho atual?

- é improvável
- não está muito certo
- bastante provável

ICT6_____

7- Recursos mentais:

A. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

- sempre
- quase sempre
- às vezes
- raramente
- nunca

ICT.7A____

B. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

- sempre
- quase sempre
- às vezes
- raramente
- nunca

ICT.7B____

C. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

- continuamente
- quase sempre
- às vezes
- raramente
- nunca

ICT.7C____

Fonte: Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Índice de capacidade para o trabalho. São Carlos: Editora da Universidade Federal de São Carlos; 2005.

Anexo C – Self-Report Questionnaire

SRQ - 20 (OMS) - Pesquisador observa enquanto o indivíduo responde

1. Você tem dores de cabeça com frequência?	SIM	NÃO
2. Tem falta de apetite?	SIM	NÃO
3. Dorme mal?	SIM	NÃO
4. Fica com medo com facilidade?	SIM	NÃO
5. Suas mãos tremem?	SIM	NÃO
6. Se sente nervoso, tenso ou preocupado?	SIM	NÃO
7. Tem problema digestivo?	SIM	NÃO
8. Não consegue pensar com clareza?	SIM (concorda)	NÃO (discorda)
9. Sente-se infeliz?	SIM	NÃO
10. Chora mais que o comum?	SIM	NÃO
11. Acha difícil gostar de suas atividades diárias?	SIM	NÃO
12. Acha difícil tomar decisões?	SIM	NÃO
13. Seu trabalho diário é um sofrimento (tormento)?	SIM	NÃO
14. Não é capaz de ter um papel útil na vida?	SIM (concorda)	NÃO (discorda)
15. Perdeu interesse pelas coisas?	SIM	NÃO
16. Acha que é uma pessoa que não vale nada?	SIM	NÃO
17. O pensamento de acabar com a vida já passou por sua cabeça?	SIM	NÃO
18. Se sente cansado o tempo todo?	SIM	NÃO
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	SIM	NÃO
20. Fica cansado com facilidade?	SIM	NÃO

ESCORE SRQ:

Fonte: Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* em população urbana. Cad Saúde Pública 2009;25(1):214-22.

Anexo D – Job Stress Scale

Assinale uma das opções de resposta.

a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca

b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca

c) Seu trabalho exige demais de você?

Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca

d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca

e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca

f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?

Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca

g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca

h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca

i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca

J) Você pode escolher como fazer o seu trabalho?

Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca

l) Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?

Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca

m) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

Concordo totalmente	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo

n) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

Concordo totalmente	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo

o) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

Concordo totalmente	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo

p) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.

Concordo totalmente	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo

q) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

Concordo totalmente	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo

r) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

Concordo totalmente	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo

Fonte: Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da “Job Stress Scale”: adaptação para o português. Rev Saúde Pública 2004;38(2):164-71

**Anexo E – Termo de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da
UFRGS**



**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto: PG DR. 036/2010
Versão 12/2010

Pesquisadores: Luccas Melo de Souza e Profa. Liana Lautert

Título: CONDIÇÕES DE TRABALHO E DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS
MENORES COMO PREDITORES DE ABSENTEÍSMO EM TRABALHADORES
DE ENFERMAGEM.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 01 de Dezembro de 2010.

Profa. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EEuf - UFRGS

Anexo F – Carta de aprovação do projeto da tese**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO****COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100582**Versão do Projeto:** 19/01/2011**Versão do TCLE:** 19/01/2011**Pesquisadores:**

LUCCAS MELO DE SOUZA

PRISCILLA WOLFF MOREIRA

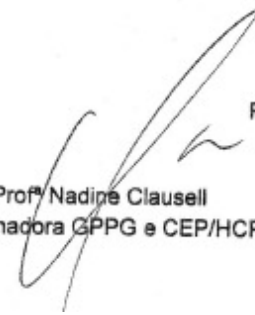
DEBORAH BULEGON MELLO

LIANA LAUTERT

Título: CONDIÇÕES DE TRABALHO E DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS MENORES COMO PREDITORES DE ABSENTEÍSMO EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 25 de janeiro de 2011.


Prof. Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA