

LUZIA SANDRA DE PAULA

**FATORES ASSOCIADOS AO ABSENTEÍSMO DE TRABALHADORES
DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL NO INTERIOR
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Campinas

2011



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

**Fatores associados ao absenteísmo de trabalhadores de enfermagem
de um hospital público municipal no interior do Estado de São Paulo**

LUZIA SANDRA DE PAULA

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho, sob orientação do Professora Dra. Maria Inês Monteiro.

Campinas, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA

BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

P281f Paula, Luzia Sandra de
Fatores associados ao absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital público municipal no interior de São Paulo. / Luzia Sandra de Paula. -- Campinas, SP : [s.n.], 2011.

Orientador : Maria Inês Monteiro
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Absenteísmo. 2. Setor público. 3. Saúde do trabalhador. 4. Enfermagem. I. Monteiro, Maria Inês. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês: Absenteeism of the nursing staff associated factors in a public municipal hospital in São Paulo state

Keywords: • Absenteeism
• Public sector
• Occupational health
• Nursing

Titulação: Mestrado em Enfermagem

Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho

Banca examinadora:

Prof. Dr. Maria Inês Monteiro

Prof. Dr. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Data da defesa: 25-07-2011

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

LUZIA SANDRA DE PAULA (RA: 978069)

Orientador (a) PROFA. DRA. MARIA INÊS MONTEIRO

Membros:

1. PROFA. DRA. MARIA INÊS MONTEIRO



2. PROFA. DRA. MARIA LÚCIA DO CARMO CRUZ ROBAZZI



3. PROF. DR. HELENO RODRIGUES CORRÊA FILHO



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 25 de julho de 2011

Dedico esse trabalho a todos os profissionais da saúde e,
em especial, aos trabalhadores de enfermagem pela atuação
sublime a serviço da humanidade como forma de meu
reconhecimento e respeito.

AGRADECIMENTOS

A Deus de infinito amor, por minha vida e tudo o que sou.

A minha orientadora Professora Doutora Maria Inês Monteiro, sempre disposta a produzir saúde na defesa do trabalhador e, dessa forma, acreditar em mim.

À Direção do Hospital Municipal Doutor Mário Gatti na pessoa do Doutor. Salvador Affonso Fernandes Pinheiro pelo apoio à realização deste projeto.

A meus pais Daniel (in memorian) e Therezinha pelo exemplo de dignidade e amor a vida.

A meus filhos, Ana, Júlia e João, por compartilharem alegrias e dificuldades na execução do projeto e por compreenderem minha ausência involuntária com alegria e amor incondicional.

Ao companheiro de sempre, Fred, pelo apoio e incentivo imprescindíveis para eu não desistir e lutar.

A meus irmãos, com carinho.

À Unidade de Saúde do Trabalhador do Hospital Municipal Doutor Mário Gatti, em especial, à querida Paulinha, minha “irmã” oriental, que não poupou esforços para me ajudar.

À minha equipe de trabalho do Hospital Municipal Doutor Mário Gatti: Andreлина, Célia, Marta, Miriam, Renato, Henriqueta, Otto, Marli, Márcia, Carlinhos, Edna e, em particular, Cida mistura de chefe e amiga pelo acolhimento carinhoso.

A Ana Clara, outra irmã de coração, por não me abandonar e aliviar meus medos, angústias e às amigas Cátia, Giana, Vanessa, Dani e Simone pela leveza que me proporcionaram nos momentos mais difíceis.

Aos estatísticos da Câmara de Pesquisa – Estatística / FCM, sobretudo Cleide e Helymar pelo exemplo de profissionalismo e competência.

A meu grupo de pesquisa, principalmente, Valéria e Tatiana pelo apoio e colaboração durante nossa convivência.

RESUMO

O adoecimento dos trabalhadores tem sido identificado como um problema de saúde pública. Com o objetivo de analisar o absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem, 316 sujeitos foram pesquisados por meio de estudo epidemiológico transversal em hospital público municipal, em cidade de grande porte, no interior do Estado de São Paulo. Para determinar as diferenças entre as proporções e calcular as razões de chance Odds Ratio (OR), utilizou-se o programa computacional *Statistical Analysis System* versão 9.02 (SAS). No grupo estudado 38% apresentaram afastamento de até 15 dias, 16% mais de 15 dias e 46% não se afastaram. A média de idade foi de 45 anos para o grupo que não se afastou e, 42, para absenteísmo superior a 90 dias. Na análise de regressão logística identificou-se que trabalhadores com menos de 40 anos de idade tinham 1,6 vezes mais chances de se afastar por licença médica se comparados aos com mais de 40 anos (OR=1,6; IC 95%; 2,5). Entre os que tinham hábito de fumar, a chance também aumentou (OR= 2; IC 95%; 3,7). A presença de dor, queixa referida durante o exame médico foi significativa (OR=2,1; IC 95%; 3,8). A cobertura de exame periódico para a equipe de enfermagem foi de 59,4%, dos quais, 74,7% não apresentaram alteração no estado da saúde, em 13,6% houve predominância de doenças osteomusculares e tecido conjuntivo e 4,1% para transtorno psíquico. Os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade do reconhecimento das circunstâncias de saúde da equipe de enfermagem para além da abordagem biologicista. Os dados poderão ser utilizados como parâmetro para outros estudos, buscando relacionar estes achados com aspectos complexos do processo de trabalho.

Linha de Pesquisa: Trabalho, Educação e Saúde

Palavras-chave: Absenteísmo. Setor público. Saúde do trabalhador. Enfermagem.

The illness among workers has been classified as a public health problem. Aiming to analyze the absenteeism of nursing workers, 316 workers studied through a cross-survey. To determinate differences between proportions and to calculate the possibility ratio, the computer program SAS (Statistical Analysis System version 9.02) was used. The value of p was considered significant when inferior 0.5%. From the total studied 46% didn't present sick leaves 38% failed work days for until fifteen days and 16%, more than fifteen days. The average age was 45 years old for the group who didn't fail work days and 42 for sky leaves greater than ninety days. The logistic regression analysis showed that workers under 40 years are 1.6 times more likely to stay away due to sick leave compared with workers with more than 40 years of age (OR=1,6; IC 95%; 2,5). Among workers who shoked the chance was also higher (OR= 2; IC 95%; 3,7). The presence of pain, a complaint reported in the medical examination, was also significant (OR=2,1; IC 95% – 3,8). The coverage of periodic examination to the nursing staff was 59.4% of which 74.7% of the sample showed no change in their health status, 13.6% had predominance of musculoskeletal illnesses and conjunctive tissues and 4.1% for psychic disorders. These results point to the need to acknowledge the health circumstances of the nursing staff in addition to biological risks. The results may serve as parameters for other studies. To search for relationships along these findings and complex aspects of their working process.

Keywords: Absenteeism. Public sector. Occupational health. Nursing

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Licenças ano 2007 por mês e agrupados por grupo etário.	46
Gráfico 2: Distribuição do absenteísmo por morbidade identificado durante perícia médica ano 2007.....	47
Gráfico 3: Distribuição dos profissionais da enfermagem por categoria e por faixa etária, ano 2007.....	48
Gráfico 4: Proporção de afastamentos por licença médica mensal, por categoria profissional da enfermagem em 2007.	49
Gráfico 5: Flutuação mensal do impacto financeiro com licença médica, por categoria profissional (valores obtidos de somatória: salário base, anuidade cinco anos e auxílio refeição), em 2007.....	50
Gráfico 6: Acompanhamento da proporção de afastamentos por licença médica mensal, ocupação de leitos e média de permanência em 2007.	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Variáveis categóricas utilizadas no estudo.	41
Quadro 2: Demonstrativos hospitalares como da taxa de ocupação, média de permanência, atendimentos médicos e produções gerais. Ano 2007.	44
Quadro 3: Distribuição dos indicadores hospitalares como taxa de ocupação, média de permanência, atendimentos médicos e produções gerais na assistência e dados de absenteísmo por licença médica em 2007.	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Proporção de afastamentos segundo licença médica para tratamento da saúde dos trabalhadores distribuídos por Unidade de produção em 2007.....	43
Tabela 2: Distribuição dos profissionais da categoria de enfermagem segundo dados sociodemográficos e características do trabalho em 2007.....	56
Tabela 3: Apresentação dos profissionais da categoria de enfermagem segundo duração do afastamento e a média de idade dos trabalhadores da categoria em 2007.	57
Tabela 4: Número de afastamentos por licença médica dos profissionais da categoria de enfermagem referente aos grupamentos CID 10 em 2007.....	58
Tabela 5: Distribuição dos profissionais da categoria de enfermagem segundo as variáveis sociodemográficas e estilo de vida em relação à ocorrência ou não de afastamento em 2007.	59
Tabela 6: Características relativas à vida laboral dos profissionais da categoria de enfermagem, quanto à ocorrência ou não de absenteísmo em 2007.	60
Tabela 7: Distribuição dos profissionais da categoria de enfermagem segundo aspectos de saúde identificados em exame médico periódico em relação a ocorrência ou não do afastamento em 2007.....	62
Tabela 8: Distribuição dos profissionais da categoria de enfermagem segundo característica pessoal e hábito de fumar em relação ao absenteísmo por faixas: nenhum afastamento, menor 15 dias e maior 15 dias em 2007.....	63
Tabela 9: Características da vida laboral dos profissionais da categoria de enfermagem relativo à ocorrência ou não de absenteísmo por faixas: nenhum afastamento, menor de 15 dias e maior de 15 dias em 2007.....	64
Tabela 10: Distribuição dos profissionais da categoria de enfermagem segundo aspectos de saúde identificados em exame médico periódico em relação à ocorrência ou não do afastamento por faixas: nenhum afastamento, menor de 15 dias e maior de 15 dias em 2007.....	65
Tabela 11: Distribuição dos profissionais da categoria de enfermagem segundo as variáveis sociodemográficas e estilo de vida em relação à aptidão para o trabalho após exame médico periódico realizado em 2007.	66
Tabela 12: Características da vida laboral dos profissionais da categoria de enfermagem em relação à aptidão para o trabalho após exame médico periódico realizado em 2007.	67
Tabela 13: Distribuição dos profissionais da categoria de enfermagem em relação à aptidão para o trabalho após exame médico periódico realizado em 2007.	68

Tabela 14: Frequência e Odds Ratio das variáveis idade, situação conjugal, hábito de fumar, resultado do exame médico, CID exame médico e presença de dor em relação à ocorrência do absenteísmo.....	69
Tabela 15: Análise descritiva das variáveis com nível de significância menor 5% da amostra do estudo em relação à aptidão para o trabalho (com restrição).	70
Tabela 16: Análise descritiva das variáveis com nível de significância menor 5% em relação ao absenteísmo categorizado em nenhum afastamento, até 15 dias e maior de 15 dias.	70
Tabela 17: Análise descritiva das variáveis idade, presença de dor e aptidão ao trabalho em relação ao absenteísmo categorizado em nenhum afastamento, até 15 dias e maior que 15 dias.	71
Tabela 18: Apresentação dos aspectos relacionados ao hospital como taxa de ocupação e média de permanência e do absenteísmo da equipe de enfermagem em dias de afastamento.....	73

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANTI HbsAg	Anticorpos Hepatite B Antígeno de Superfície
ASO	Atestado de Saúde Ocupacional
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAMPREV	Instituto de Previdência Social do Município de Campinas
CEP	Comissão de Ensino e Pesquisa
CID	Código Internacional das Doenças
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREME	Comissão de Residência Médica
CORESA	Comissão de Residência da Saúde
COROD	Comissão de Residência Odontologia
HE	Hora Extra
HE	Hospital de Ensino
IRT	Índice de Reserva Técnica
IST	Índice de Segurança Técnica
LS1	Licença para Tratamento de Saúde (até 15 dias)
LS2	Auxílio Doença CAMPREV (mais de 15 dias)
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NR	Norma Regulamentadora
OD	<i>Odds Ratio</i>
PCMSO	Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional
PNH	Política Nacional de Humanização

RT	Referência Técnica
SAME	Serviço Arquivo Médico
SAS	Statistical Analysis System
SEESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UST	Unidade de Saúde do trabalhador

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
LISTA DE GRÁFICOS	viii
LISTA DE QUADROS	ix
LISTA DE TABELAS	x
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	xii
APRESENTAÇÃO	xvi
1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Considerações Gerais	18
1.2 Organização do processo de trabalho e a enfermagem.....	22
1.3 Absenteísmo.....	24
1.4 Saúde do trabalhador no serviço público.....	26
2 OBJETIVOS	31
2.1 Objetivo geral.....	31
2.2 Objetivos específicos.....	31
3 MÉTODO	32
3.1 Tipo de estudo	32
3.2 Caracterização do local de estudo	32
3.3 Delineamento dos dados da pesquisa.....	34
3.4 Caracterização do modelo de Gestão do Hospital.....	36
3.5 População de estudo	38
3.6 Dimensões do estudo para caracterização da amostra e pesquisa dos dados	39
3.7 Variáveis de estudo.....	40
3.8 Aspectos éticos	41
4. RESULTADOS	42
4.1 Dados gerais de produção hospitalar, absenteísmo e perfil de morbidade dos trabalhadores do hospital pesquisado.	43
Quadro 2. Demonstrativos hospitalares de taxa de ocupação, média de permanência, atendimentos médicos e produções gerais. Ano 2007. Campinas, SP.	44
4.2 Perfil dos trabalhadores de enfermagem que concluíram o exame periódico em 2007.	51
4.3 Análise descritiva das variáveis de estudo em relação ao absenteísmo e aptidão para o trabalho.....	59
DISCUSSÃO	75
5.1 Característica pessoal e hábito de fumar.....	75
5.2 Característica do trabalho.....	77
5.3 Aspectos de saúde do trabalhador	81
6 CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

ANEXO 1	94
ANEXO 2	96
ANEXO 3	98

A experiência como paciente, durante internação na infância, instigou-me a estudar o corpo da enfermagem. Os corredores brancos e com o pé direito alto transfiguravam uma onipotência que, ainda hoje, sinto ao percorrer o hospital, local da produção de minha pesquisa.

A enfermagem é substancialmente a categoria que move a assistência na saúde e, em especial, no hospital que funciona de forma ininterrupta. Como enfermeira sanitaria, pude vivenciar tanto a experiência do trabalho na rede básica de saúde quanto na rede hospitalar, o que me proporcionou oportunidade para refletir sobre a diversidade da atuação da enfermagem no contexto saúde e trabalho.

Na prática, atuei na transformação de uma unidade de saúde do trabalhador para profissionais do hospital, com o desafio de ter um serviço que pudesse atender o trabalhador para além da abordagem biologicista.

Aproximar os conceitos relevantes sobre saúde e trabalho e saúde coletiva moveu-me para a linha de pesquisa com a necessidade de ampliar os conhecimentos sobre prevenção, promoção e reabilitação na saúde do trabalhador.

Após concluir o curso de Especialização Multiprofissional em Saúde do Trabalhador na Universidade Estadual de Campinas, despertou-me o desejo de pesquisar os processos e implicações dessa área. O desafio? Entender os motivos que levam o trabalhador a ausentar-se por doença e qualificar a saúde no trabalho, encontrando formas coletivas de prevenção e promoção. Isso só é possível com a utilização da pesquisa científica como referencial teórico e a análise do processo de trabalho como referencial empírico.

O tema absenteísmo está sempre presente nas diversas organizações do processo de trabalho na saúde, especialmente, na maior categoria profissional do hospital que é a

enfermagem. Os objetivos que me levaram a pesquisar o absenteísmo dos profissionais da enfermagem advêm da proposta de identificar fatores que o potencializam, tendo em vista as graves consequências que poderão atingir não apenas o profissional, mas também a equipe.

Esse estudo integra o projeto de pesquisa “Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de diferentes ramos produtivos”, coordenado pela Professora Doutora Maria Inês Monteiro e desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Trabalho e Saúde do Departamento de Enfermagem na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP.

A dissertação está estruturada da seguinte forma: no primeiro capítulo, uma conceituação teórica sobre absenteísmo, trabalho hospitalar e trabalhadores da enfermagem. No segundo capítulo, os objetivos subdivididos em geral e específico; no terceiro, a descrição do material e método utilizado e, por tópicos, elencando a caracterização do local de estudo, o delineamento dos dados da pesquisa, a caracterização do modelo de gestão do hospital, as dimensões do estudo para a caracterização da amostra, as variáveis do estudo e os aspectos éticos. No quarto capítulo, os resultados do estudo subdivididos em dados gerais do absenteísmo e perfil de morbidade dos trabalhadores do hospital pesquisado, perfil dos trabalhadores de enfermagem que concluíram o exame médico periódico em 2007, análise descritiva das variáveis de estudo em relação ao absenteísmo e aptidão para o trabalho e os aspectos relativos ao perfil de atendimento do hospital. No capítulo cinco, discussão sobre característica pessoal e estilo de vida, característica do trabalho e aspectos da saúde do trabalhador e no capítulo seis, a conclusão da pesquisa. que se encerra com as referências bibliográficas.

1.1 Considerações Gerais

O interesse em estudar os fatores associados ao absenteísmo dos trabalhadores da enfermagem deve-se, em parte, à precarização do trabalho, em especial, na área da saúde, nas últimas décadas e ao aumento das taxas de absenteísmo apresentado em estudos que apontam destaque destas ausências nos hospitais. ^(1,2)

As profundas transformações no mundo decorrentes da reestruturação política, marcado pela insegurança, instabilidade e precarização dos vínculos laborais acrescidos do adoecimento crescente são fatores importantes para a compreensão do tema. ⁽³⁾

As mudanças tecnológicas e organizacionais com a industrialização, ocorridas no século XX, concentram transformações das ocupações e impacto no trabalhador com o desgaste físico e mental, aumento do ritmo, além da inserção nas organizações de práticas subsidiadas nos modelos taylorista, fayolista e fordista de gestão ⁽⁴⁾.

O contexto hospitalar, também, passa por mudanças, coincidindo com o período do início da industrialização. Houve transformações desde que as irmãs de caridade iniciaram atendimento aos miseráveis, pobres e acometidos pela doença para suprir suas necessidades básicas ou dar resposta à sociedade abrigando excluídos. As modificações ocorrem pela evolução e descobertas científicas da época e pela necessidade de atender ao trabalhador, garantindo a mão de obra escassa da época pós-guerra. Há, nesse tempo, uma demarcação clara entre as categorias médica e da enfermagem ⁽⁵⁾.

Com o desenvolvimento do hospital como campo de saber e poder, a categoria médica expande sua atuação. Essa transformação coincide com a criação da enfermagem moderna por

Florence Nightingale ^(6.) que, com seus conhecimentos e o investimento na valorização dos profissionais de enfermagem, buscou resgatar o caráter científico e profissional do espaço ocupado pelas senhoras da igreja com propósito assistencialista. De uma forma geral, com o avanço da industrialização, o controle do trabalho e do trabalhador era essencial para que o capitalismo lucrasse⁽⁷⁾ .

As características tayloristas na administração de pessoas foram descritas como objetos sem vontade própria ou projeto faz parte da cultura tradicional da maioria das Escolas de Administração ter como objetivo explícito disciplinar o trabalhador, “quebrar-lhe o orgulho”, autonomia e iniciativa crítica, delegando a padrões, normas e programas a função de operar o trabalho cotidiano daqueles encarregados de executar ações ⁽⁸⁾. As necessidades sociais cristalizam-se pelos complexos processos dependentes da dinâmica econômica, social e política, seja um bem de consumo, material ou de serviço. Muitas vezes não se apresentam como necessidades diretamente, mas como meios com valor de uso e capacidade de assegurar a necessidade social. O trabalho não atende, diretamente, a tais necessidades e o fato de confundir o valor de uso com o atendimento das necessidades sociais é armadilha que dificulta esse entendimento⁽⁹⁾.

Qual a configuração adotada pelo modelo hospitalar, considerando as consequências das mudanças ocorridas no mundo do trabalho?

O homem, apesar do potencial de criar e recriar, de fazer redes, da busca do prazer e realização é dependente e, ao mesmo tempo, ator das tendências da sociedade, em sua relação com o trabalho, ou seja tais tendências interagem diretamente na construção do homem no trabalho.

O ser humano faz parte do processo de produção e formação no trabalho na sociedade, tornando-o produtor de si e autor da produção e delineando um trabalho mais humanizado⁽¹⁰⁾.

Na atualidade, a precarização dos ambientes e condições de trabalho e dos vínculos empregatícios é uma discussão presente quando se estuda sobre o trabalho.

As velhas formas de submissão e exploração não estão muito distantes da realidade. O capitalismo impulsiona para a precarização em diversos setores da economia e afeta, principalmente, os países periféricos e busca os resultados visando lucro e acelerando a produtividade⁽¹¹⁾.

No setor da saúde é inegável a tendência nacional da privatização, a exemplo do que vem ocorrendo na grande São Paulo, com o redirecionamento do perfil e força de trabalho e, simultaneamente, com compra de prestação de serviços. O setor público estadual de saúde no período de 1983-1986 já não possuía oferta de serviços suficientes para atender a população do Estado e, para suprir a necessidade de leitos, foi preciso utilização de recursos privados⁽¹²⁾.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e de programas para qualificar e ampliar o atendimento nas redes hospitalares, muitas estratégias políticas foram criadas, mas parcialmente não supriram as necessidades para uma atenção qualificada até os dias de hoje⁽¹²⁾.

Vivencia-se a experiência na administração pública, em especial na saúde, objeto de pesquisa relativo às Organizações Sociais (OS), que foram implantadas visando a proporcionar maior flexibilidade gerencial na administração dos recursos humanos e materiais, além da busca da satisfação dos usuários com uma qualidade de assistência prestada⁽¹²⁾. As Organizações Sociais têm como característica a agilidade na administração dos recursos humanos e de materiais; contudo tal agilidade não está isenta da necessidade da instituição de política de recursos humanos e de saúde do trabalhador como dever independente dos diferentes vínculos, com o objetivo da preservação da saúde em seu ambiente de trabalho e condições seguras⁽¹³⁾.

No encontro dos sujeitos, desejos e necessidades em um mesmo espaço, chamamos trabalho, a autonomia com responsabilidade. É um desafio da organização que passa pela possibilidade de espaços criativos, modelos de gestão e trabalha a corresponsabilização. O ato do fazer pode ganhar autonomia e potencialidade determinista dependendo dos conceitos de qualidade e de satisfação^(14,15).

A divisão do processo é bem mais ampla e complexa e está presente em todos os setores. A fragmentação observada no labor hospitalar é um grande risco na formação de uma equipe coesa e de um processo produtivo^(16,17).

O campo hospitalar é um exercício ininterrupto do progresso do ser social. As atividades desenvolvidas pela enfermagem vêm sendo pautado em princípios taylorizados e no enfrentamento de um conjunto de obstáculos para, de fato, ser um espaço de criação e de prazer⁽¹⁷⁾.

Reconhecer a autonomia do outro é “abdicar do domínio”. É no fazer de cada coletividade que surge um sentido para as inquietações no decorrer da vida, em sua atividade, cujas respostas são formadas da pergunta que ele mesmo coloca de forma implícita. O trabalho está intimamente relacionado ao ser humano⁽¹⁸⁾.

A evolução e mudanças no mundo do trabalho não alteraram os fatores de risco aos quais os trabalhadores da saúde estão expostos e, em especial, aos profissionais de enfermagem. O ambiente hospitalar, para o trabalhador, mantém as características de serviço operacional, com riscos ocupacionais (químico, físico, ergonômico, biológico e de acidentes de trabalho) presentes nas atividades que as tecnologias não conseguiram substituir.

1.2 Organização do processo de trabalho e a enfermagem

O trabalhador inserido na instituição hospitalar, como recurso para a produção de saúde, não apenas é mero cumpridor de tarefas pré-determinadas, mas poderá ser protagonista no processo de cuidar como parte essencial do encontro dos sujeitos: trabalhador, usuário e gestor e das subjetividades acerca de cada um. A importância da formação em saúde é um desafio no cotidiano hospitalar para a organização da gestão e da atenção a saúde do usuário⁽¹⁹⁾. É essencial que a abertura para a autonomia e a corresponsabilização integrem a organização da atenção no modelo de gestão participativa. No presente estudo, a instituição hospitalar pesquisada tem como diretriz a indissociabilidade da atenção, gestão e ensino e, como referencial, a Política Nacional de Humanização.

Na prática, aos trabalhadores da enfermagem, é determinado fazer tarefas, tendo suas ações organizadas por unidade de produção, divididas entre as diversas categorias. As unidades são completamente distintas diante das dimensões do perfil da demanda, da clareza do processo de trabalho da organização de serviços, da gestão e das relações interpessoais.

Pesquisadores norte americanos estudaram a saúde de profissionais enfermeiros com foco na associação entre distúrbios osteomusculares e processo de trabalho. Após ampla avaliação, apontaram que níveis de gravidade dos pacientes exigem mais qualificação e dedicação do tempo da enfermagem. A pesquisa cita outros estudos sobre a relação entre equipe de enfermagem e níveis de qualidade de atendimento nos hospitais e concluiu que o maior percentual de horas dedicadas da enfermagem foi correlacionado com a evolução do paciente. Apesar da importância da enfermagem, observa-se que, quanto menos enfermeiros presentes na equipe, maior o número de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho⁽²⁰⁾.

No serviço público inexistente dispositivo que possibilite as substituições das ausências denominada reposição temporária, considerando os inúmeros entraves legais e limitações acerca da contratação imediata.

Observa-se que as dificuldades na reabilitação profissional advêm de diversos fatores, inclusive de problemas de ordem administrativa e desempenho do trabalhador ou em relações interpessoais com a equipe e chefia. À medida em que as circunstâncias do adoecimento e da limitação ocorrem, o fato ganha ênfase e surgem as mais variadas impossibilidades de retorno. O grande dificultador do retorno ou mesmo do enfrentamento em seu espaço de trabalho são os conflitos decorridos das relações interpessoais e do descompasso do perfil esperado para o trabalhador, considerando a necessidade do serviço na relação capital trabalho e não apenas a limitação de sua saúde como um fator isolado. Então, a lógica do impacto do absenteísmo, por condição do estado da saúde do trabalhador, tem diversas dimensões que passam pela avaliação do trabalhador, de seu histórico de vida no trabalho, do perfil da equipe antes mesmo do próprio adoecimento.

Outra face da trajetória do adoecimento no trabalho, com ênfase para o serviço de 24 horas que é prestado na área hospitalar é o grau de dificuldade do gestor em lidar com os problemas gerados na equipe para outras proposições e arranjos organizacionais, visando ao melhor aproveitamento do recurso.

O adoecimento no trabalho tem sérias repercussões ao profissional, à equipe e à Instituição. Buscar explicações nos referenciais teóricos é imprescindível para propor políticas de saúde do trabalhador do setor da saúde que contemplem a complexidade do trabalho na área hospitalar.

A produção do trabalho e os efeitos naquele que é o “produtor” foi estudada anteriormente. Pode-se afirmar que todo processo de trabalho em saúde, para produzir o cuidado, tem de primeiro produzir atos de saúde e esta relação em si é tensa⁽²¹⁾.

As discussões sobre aspectos do coletivo nas organizações formais estão relacionadas a instâncias de poder e devem ser estudadas de forma ampla, na perspectiva de compreensão do processo de trabalho ⁽²²⁾. O exercício do poder tem raízes na prática do cotidiano da

organização e das relações. Na prática profissional da enfermagem, o poder decisório está a cargo do enfermeiro, mas nem sempre garante sua participação na efetividade do modelo, construção dos objetivos e compartilhamento dos resultados.

Essas contribuições teóricas possibilitam refletir sobre as implicações do absenteísmo no processo de trabalho, pois o impacto da ausência não programada do trabalhador poderá afetar a organização do serviço.

1.3 Absenteísmo

É definido como a ausência no trabalho e pode ser classificado quanto ao tipo de ausência como absenteísmo legal programado ou previsto: férias, licença-prêmio, abonadas e folgas remuneradas e como absenteísmo legal não programado ou não previsto: licença médica, licença gestante, paternidade, nojo e absenteísmo por doença com inúmeras causas como as condicionadas pelo trabalho estressante, condições inadequadas e inseguras^(23,24). Considerando-se as características do serviço hospitalar, bem como o perfil dos usuários, seu grau de complexidade e traços das equipes que nem sempre trabalham dentro de um dimensionamento com índice de segurança técnica (IST), os demais trabalhadores ficam sobrecarregados. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabeleceu parâmetros na Resolução nº 189/96 para cálculo de Índice de Reserva Técnica, não inferior a 30%. Este percentual foi revisto na Resolução no. 293/04 que preconizou 15%, sendo 8,33% para cobertura de férias e o restante 6,67% para taxa de absenteísmo, devendo ser acrescido 10% para situações de equipes com 60% dos trabalhadores com idade superior a 50 anos e mais. Para as unidades assistenciais com absenteísmo geral (férias, folgas, abonos, faltas e licenças médicas) em torno de 15%, poderia haver acréscimo por meio do seguinte cálculo: $8,33\% + X\% > 15\%$ ⁽²⁵⁾. O absenteísmo poderá gerar desgaste na equipe pela necessidade de manter a qualidade da assistência e pelo ritmo empregado para tal. Além disso, a desestabilização da

rotina diante da necessidade da readequação do quadro no enfrentamento de absenteísmo não programado gera desconforto e descontentamento, o que pode ter impacto inclusive na relação entre a equipe que, obrigatoriamente, experimenta arranjos na organização e manutenção do trabalho. O hospital pesquisado não trabalha com índice de reserva técnica.

As tendências econômicas, políticas e sociais devem ser preocupação da gestão hospitalar. O relacionamento entre os setores público e privado na saúde no Brasil tem sido conflituoso ⁽²⁶⁾.

Transformações geradas pela mudança de perfil dos usuários, na gestão e organização e no próprio ciclo de vida do indivíduo sujeito do processo natural de envelhecimento podem causar movimentos e potências diferentes com o passar do tempo ⁽²⁷⁾.

Considerar o trabalhador no seu contexto pode ser uma estratégia de envolvimento do indivíduo, garantindo sua participação por meio da oferta de espaços de participação e do uso de ferramentas de gestão participativa, possibilitando seu crescimento como sujeito do processo ⁽²⁸⁾. A exemplo de um estudo que aborda acidentes de trabalho e que indica que a informação e a formação centradas em aspectos técnicos não são suficientes para reduzir a ocorrência de acidentes. Há que se investigar múltiplas causas como o “clima organizacional” compatibilizando interesses entre a saúde do trabalhador e o atendimento ao usuário ⁽²⁹⁾.

O atestado médico é motivo de preocupação no cotidiano dos gestores e trabalhadores sujeitos a uma reorganização do processo com sobrecarga de trabalho para o pleno atendimento do usuário.

Existem índices específicos para cálculos do absenteísmo por licença médica, do Subcomitê de Absenteísmo da Associação Internacional de Medicina do Trabalho ⁽³⁰⁾.

Para cálculo de absenteísmo a Unidade de Saúde do Trabalhador utiliza a Porcentagem de tempo perdido:

Porcentagem

$$\text{de tempo perdido:} \quad \frac{\text{Número de dias de trabalho perdidos}}{\text{Número programado de dias de trabalho no período}} \times 100$$

No cotidiano dos serviços, o absenteísmo por licença médica traz o estigma de ausência desnecessária e tornou-se tabu, temido e taxado com baixa credibilidade e desconfiança pelas chefias e demais trabalhadores que se sentem sobrecarregados com a ausência do outro. O hospital não é exceção. Uma vez o trabalhador adoecendo, uma série de fatos marca essa trajetória. Considera-se que o desgaste gerado entre gestores, trabalhadores e o próprio usuário poderá ser maior que a ausência. Algumas estratégias foram criadas para o processo de reabilitação do trabalhador dentro do modelo preconizado pela instituição que serão analisadas com maior profundidade na abordagem sobre a unidade de saúde do trabalhador em ambiente hospitalar.

Para trabalhar as dimensões do absenteísmo, é necessário conhecer as teorias e a política que direciona as ações das equipes e os recursos de atendimento do próprio trabalhador relativo à sua saúde.

1.4 Saúde do trabalhador no serviço público

A saúde do trabalhador surge no Brasil em meados do século XX, com uma defasagem de 100 anos da Inglaterra. Na década de 80, ao final da ditadura militar, a saúde do trabalhador emergiu em um momento de reconstrução democrática do país. Moldando-se às modificações sociais e políticas que marcaram esse período e tendo como pano de fundo o processo sociopolítico da época, recebeu influência das idéias do processo de saúde e doença da

corrente latino-americana, sob influência de um novo sindicalismo e de eixos metodológicos dos estudos das condições de trabalho ⁽³¹⁾.

A atenção à saúde dos trabalhadores do setor da saúde e, especificamente do hospital, foi tratada sob a perspectiva empresarial até recentemente, com a atuação de especialistas focados nos riscos ocupacionais, tendo como referência, a legislação trabalhista.

A instituição hospitalar, em geral, utiliza modelo de equipamentos internos de saúde do trabalhador adaptado da indústria e busca atender as exigências de mercado, tanto do setor público, quanto privado na área de saúde.

O trabalhador contribui e garante a produção da riqueza direta e indiretamente para a sociedade capitalista e garante o sustento próprio com sua força de trabalho.

Ele passa a ser considerado responsabilidade do Estado, entendendo que é essencial ao movimento econômico e político da sociedade. Quando se fala em responsabilidade do Estado, raciocina-se além das leis trabalhistas de direitos e deveres somente. A Consolidação das Leis trabalhistas (CLT) pelo Decreto-Lei no. 5452, de 1º. Maio de 1943 concretiza o reconhecimento do Estado sobre a importância da regulamentação do trabalho e do trabalhador. As Disposições Gerais de Medidas de Segurança e de Medicina do Trabalho, pela Portaria no. 3214, de 08 de junho de 1978, aprovam as Normas Regulamentadoras (NR) do Capítulo V do Título II da CLT, que foram ampliadas no decorrer dos anos⁽³²⁾.

Empresas privadas, públicas, órgãos públicos da administração direta e indireta, poderes Legislativo e Judiciário que contratam empregados regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), obrigatoriamente, seguem as Normas Regulamentadoras, identificadas pelas siglas NR e numeradas conforme o conteúdo. Para este estudo, observa-se que a NR4 diz respeito à formação de equipes de especialistas para atuar em unidades de Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SEESMET). Já, a Norma

Regulamentadora 32, foi publicada pela Portaria GM no. 485. 11 de novembro de 2005/Portaria GM no. 939 18 de novembro de 2008⁽³²⁾.

A estabilidade no serviço público é apresentada como direito do trabalhador com vínculo público estatutário, garantida pela Constituição Federal de 1934 e mantida na Constituição de 1988. Frequentemente, as críticas aos órgãos públicos sobre a negligência do servidor por falta de empenho, acomodação, qualidade de serviço prestado, por exemplo, podem estar relacionadas ao modelo de gestão. Há uma alusão sobre o fim da estabilidade como solução para os problemas relativos à baixa produtividade e qualidade da assistência.

Como a pesquisa é focada em ambiente hospitalar, em uma perspectiva ampla sobre esse contexto, é necessário uma reflexão a respeito da interação dos trabalhadores com diferentes exposições aos riscos ocupacionais.

Considera-se que a Unidade de Saúde do Trabalhador do hospital de estudo, tornou-se referência empírica e a clínica ampliada do sujeito, referência teórica na pesquisa. A implantação da abordagem na saúde, organizada a partir da atuação da equipe multiprofissional de referência, com base em projetos terapêuticos e centrada no trabalhador, experimentou *modus operandi*, redirecionando o atendimento.

Com adaptação dos profissionais já existentes e designadas dentro dos padrões da NR 4, as equipes de referência foram formadas a exemplo da experiência que a rede básica de saúde vivenciava nessa mesma época, no município, com a implantação das equipes de saúde da família. Outra ferramenta importante foi a implantação dos projetos terapêuticos ao trabalhador, extensivos às unidades de produção.

Para alcançar aspectos essenciais da saúde do trabalhador optou-se por utilizar teorias aplicadas à prática da abordagem do sujeito (trabalhador), considerando “campo” e “núcleo”, em que cada categoria profissional está intimamente relacionada a essa disciplina ⁽³³⁾.

Hoje, o médico do trabalho, assim como outros profissionais da área de saúde, não precisam ser multiespecialistas para garantir a eficácia do trabalho, mas devem ter habilidades para manter integrada a equipe multiprofissional de referência e com apoio matricial oriundos de outras especialidades (psiquiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e assistente social) para fazer a clínica ampliada em saúde do trabalhador ⁽³⁴⁾.

A linha de trabalho proposta, além de investir no coletivo da equipe de saúde do trabalhador na ótica de relações e do saber compartilhado, atua com ênfase no processo de trabalho, na equipe, como fonte de saúde e prazer no trabalho.

O desgaste do trabalhador está inscrito na natureza de todo e qualquer tipo de atividade, sendo que a diferença apresenta-se nas condições sociais, modelos de organização, modos de produção que aceleram e agravam esse desgaste. A co-gestão, com o exercício da gestão participativa, pode ser uma estratégia para ampliar conhecimentos, redes e participar das decisões sobre seu ambiente e processo de trabalho ⁽³⁵⁾.

O serviço de saúde do trabalhador do hospital mudou muito desde a sua implantação. Atuar na lógica da clínica ampliada tem sido o modelo de trabalho dos profissionais e dos gestores da instituição. Diante dos novos rearranjos foi necessário adequar às estruturas originais para atender as exigências legais como a cobertura do exame médico periódico. Aponta-se que o monitoramento dessas mudanças pelo acompanhamento dos indicadores de gestão, análises compatíveis de qualidade, acompanhamento do processo de produção e registro e dos processos técnicos e organizacionais devem incluir os dados sobre a saúde do trabalhador ⁽³⁶⁾.

O estudo baseia-se na constatação de que nem todos têm a mesma probabilidade de adoecer durante a vida no trabalho hospitalar.

A pesquisa teve a seguinte questão norteadora: o conhecimento sobre o absenteísmo em suas múltiplas determinações pode identificar excessos de ocorrências de casos e contribuir para a organização do serviço e do atendimento na saúde do trabalhador?

2.1 Objetivo geral

Analisar fatores associados ao absenteísmo dos trabalhadores da equipe de enfermagem de um hospital público municipal.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos trabalhadores da equipe de enfermagem do hospital no ano de 2007.
- Identificar as principais variáveis relativas à saúde dos trabalhadores e aspectos do trabalho da enfermagem.
- Identificar fatores associados ao absenteísmo dos sujeitos da pesquisa.

3.1 Tipo de estudo

Estudo epidemiológico transversal e documental do absenteísmo por licença médica dos trabalhadores da equipe de enfermagem de um hospital público no interior do Estado de São Paulo, no ano de 2007.

Essa pesquisa analisa o banco de dados da unidade de saúde do trabalhador que atende os profissionais do hospital pesquisado com vínculo público estatutário. Na tentativa de aprofundar os conhecimentos sobre os motivos da ausência por licença médica, as variáveis de estudo foram organizadas em dimensões que contemplam perfil sociodemográficos, características pessoais e estilo de vida, características do trabalho e aspectos da saúde do trabalhador.

3.2 Caracterização do local de estudo

O hospital estudado foi inaugurado na década de 70 e hoje é uma das principais referências em urgência e emergência para região metropolitana do interior do Estado de São Paulo. Em 2004 passa a ser certificado como hospital de ensino e pesquisa.

Para que a instituição hospitalar seja certificada como hospital de ensino, é necessário cumprir alguns requisitos como, por exemplo, promover a melhoria na condução dos serviços oferecidos ao usuário por meio de gestão qualificada e integrada com a assistência e ensino. Esses requisitos são estabelecidos por Portaria Interministerial (Ministros do Estado da Saúde e Educação). A certificação é condicionada ao cumprimento dos requisitos que regulamentam o pleno funcionamento da instituição, moldando-a em um modelo centrado no usuário ⁽²⁸⁾. Em 2004, quando foi reconhecido como hospital de ensino e pesquisa pelos Ministérios da Saúde e da Educação, implantou a Comissão de Residência em Saúde (CORESA), a Comissão de

Residência Médica (COREME), a Comissão de Residência Odontológica (COROD) e o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O hospital foi novamente certificado em 2009, com validade de dois anos e, nesse ano, iniciou-se a residência multiprofissional oferecida a enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas. Iniciou-se também à residência médica nas seguintes áreas: cirurgia geral, clínica médica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, neurocirurgia, ortopedia e traumatologia, pediatria, urologia, saúde da família e comunidade.

A enfermagem, sendo um dos grupos mais significativos dentro da Instituição hospitalar, tanto pela representatividade quantitativa, quanto pelo tempo de permanência dos profissionais com o usuário é uma das categorias que mais compartilha o desenvolvimento do processo de trabalho com os residentes e, para exercer sua prática, tem como referência as diretrizes da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH).

Esta política, segundo o Ministério da Saúde, perpassa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, incluindo os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão²⁸⁾.

A PNH busca a transformação na qualidade de atenção e o trabalhador passa a ter a possibilidade de ser ator do processo de trabalho e não apenas mero componente de um grupo com divisão de tarefas taylorizadas. É imprescindível analisar as mudanças do mercado e os reflexos do capitalismo nas políticas sociais e de emprego⁽³⁹⁾.

As fontes de informações consideradas no estudo foram os registros, sob a forma de documentos da Unidade de Saúde do Trabalhador, Unidade de Administração de Pessoal e Coordenadoria de Informação e Informatização do hospital.

O estudo transversal e documental, a partir de dados e relatos já existentes no hospital estudado, possibilitou a escolha das variáveis de impacto para a pesquisa sobre o absenteísmo nos profissionais de enfermagem ⁽³⁸⁾.

3.3 Delineamento dos dados da pesquisa

O estudo foi planejado para trabalhar os dados já existentes. A Unidade de Saúde do Trabalhador (UST) foi implantada nas especificações da NR4 e atende aos trabalhadores estatutários, com vistas à abordagem sobre a saúde do trabalhador. Essa unidade, criada há mais de dez anos, surge com a finalidade de regulamentar a situação da insalubridade dos trabalhadores do hospital e para fazer a perícia médica. Posteriormente, incluirá em suas metas a prevenção e promoção da saúde, realizando exame médico de rotina e atendimento aos casos de acidente de trabalho. A partir de 2003, passa a compor, em suas atividades, o modelo que o hospital preconizava, com a atuação em equipes de referência e atuando na lógica da clínica ampliada em saúde do trabalhador.

Essa unidade rotineiramente coleta dados referente ao trabalhador para elucidar situação de impacto na saúde, mas as variáveis ainda não haviam sido trabalhadas em forma de pesquisa e correlacionadas a outros achados produzidos em serviço. O conjunto de informações disponíveis, base para a escolha das variáveis foram coletados durante o exame médico periódico de rotina (ANEXO 2). Uma das desvantagens de se realizar um estudo com os dados existentes (estudo documental) é o fato de não haver possibilidade de transformá-los, mas aceitá-los como se apresentam, organizando seu escopo para atender aos objetivos da pesquisa ⁽³⁸⁾.

Inicialmente, foram selecionados dados para caracterização do hospital, tais como: taxa de ocupação, média de permanência e produção da atenção oferecida aos usuários, além do banco de dados do sistema Excel® que condensa informações sobre os trabalhadores atendidos na unidade no ano de 2007 selecionando dados relativos ao absenteísmo como

número de atestados médicos apresentados e quantidade de dias concedidos por licença médica aos profissionais da enfermagem^(43,44).

Foram definidos critérios de inclusão com o objetivo de selecionar as variáveis de impacto para o estudo do absenteísmo por licença médica na categoria da enfermagem do hospital em 2007.

O exame médico periódico é uma rotina que integra o protocolo do Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional (PCMSO). Como já discutido, no serviço público, ele não é uma exigência Legal como ocorre com os trabalhadores com vínculo da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) ⁽³²⁾. Afirmar que inexistente pressão ou coação na produção do trabalho seria precipitado, considerando que uma das vertentes da origem dos Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SEESMET), foi o interesse do patronal. No hospital, o exame médico periódico é uma ferramenta para diagnóstico precoce das afecções. As chefias recebem da Unidade de Saúde do Trabalhador cotas de agendas com possibilidades de atendimento com os médicos do trabalho. Alguns trabalhadores procuram espontaneamente o serviço. Outras situações como retorno por afastamentos maior de 30 dias, acidentes de trabalho com afastamentos, adoecimentos incapacitantes temporariamente ou definitivamente formam critérios de prioridade para o exame. Sendo um critério estabelecido, podemos subentender que exista o risco de pressão para a realização do exame médico, mas não há qualquer punição institucionalizada em situações de negativa por parte do trabalhador, com exceção para casos extremos em que haja risco a integridade a saúde do trabalhador e para a segurança do usuário. Outra proposta a esse exame é poder usá-lo como recurso de gestão. Para fins de prevenção, promoção e reabilitação na saúde do trabalhador, é necessário que o gestor aproprie-se, minimamente, do controle da cobertura do exame médico de sua equipe.

3.4 Caracterização do modelo de Gestão do Hospital

O hospital estudado atende por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes do Sistema foram imprescindíveis para seu funcionamento. Para permitir um processo contínuo e crescente de participação e controle popular, o SUS prevê as conferências de saúde, a descentralização do poder aos municípios e a constituição de conselhos gestores. O hospital foi um dos primeiros no país a ter um Conselho Local Tripartite na tomada de decisões. Os conselhos devem ser tripartites: trabalhadores de saúde, gestores e usuário; paritários: usuários, 50%, prestadores: gestores, 25% e trabalhadores, 25% ⁽⁴⁵⁾.

Embora o hospital tenha construído, na última década, espaço democrático para a implantação da gestão participativa, a mesma não ocorreu de forma homogênea entre as unidades. Assegurar o papel profissional é criar espaços de co-participação.

A direção da instituição trabalhou no ano de 2007 para uma gestão compartilhada, em um modelo descentralizado e horizontalizado com investimento nos colegiados gestores. Para implantar o modelo de gestão proposto, cada gestor contou com sua autonomia, resultando em um desenvolvimento de propostas e organizações distintas. Na prática, a instituição passou a experimentar um modelo que aqui chamamos de “híbrido”. Define-se o termo “híbrido” por contar com uma administração verticalizada, focada nas categorias profissionais, resultando frequentemente na fragmentação do trabalho e alienação dos envolvidos e a busca de formas da efetiva implantação do modelo descentralizado de gestão participativa, em que o foco é o usuário e não o profissional. A equipe de enfermagem já não se referenciava a uma diretoria. Dentro do modelo, coube a referência técnica da enfermagem (RT) para assuntos diretamente relacionados ao núcleo da categoria. O cargo de referência técnica é ocupado por enfermeiro

que tenha como atribuição essencial assegurar em seu âmbito de atuação os princípios éticos de defesa da vida, da humanização da assistência e do direito à saúde.

Historicamente, os hospitais têm-se organizado a partir das profissões com as quais atuam, o que, em geral, não se possibilita complementaridade dos saberes, solidariedade assistencial ou integralidade das ações, daí a necessidade de instituir um modelo de gestão baseado na multiprofissionalidade e interdisciplinaridade e criar oportunidade de recomposição do processo de trabalho ⁽⁴⁶⁾.

Para garantir o modelo, centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e na inclusão dos sujeitos implicados bem como na integralidade da atenção, foram estruturados colegiados baseados no compartilhamento do poder, coanálise, a codecisão e a coavaliação ^(26,33,.).

O modelo assistencial tem como base a integralidade da atenção hospitalar entendida a partir de dois ângulos complementares: a integralidade da atenção olhada no e a partir do hospital e a integralidade tendo como referência a inserção do hospital no sistema de saúde. Os atos e procedimentos de natureza multidisciplinar fazem parte de um conjunto complexo de oferta do cuidado. O desafio colocado está em articular os diferentes fluxos, rotinas e saberes, respeitando os valores socioculturais dos sujeitos envolvidos e de suas práticas, que resulte em assistência qualificada. Foram implantadas no hospital as linhas de cuidado assistencial: cirúrgico, clínico e da criança. O apoio diagnóstico e outros recursos complementares são denominados eixo de apoio assistencial e administrativo. Linhas de cuidado é uma expressão usada para designar os fluxos assistenciais e a integralidade de ações preventivas, curativas e de reabilitação. Elas não funcionam apenas por protocolos estabelecidos, mas pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizar processos de trabalho procurando a qualificação da assistência. ⁽³⁷⁾

3.5 População de estudo

Crítérios de inclusão

Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores, homens e mulheres, com vínculo público estatutário, nas categorias de enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem que se submeteram e concluíram todo o processo do exame médico periódico durante o ano de 2007, que não tiveram afastamentos igual ou superior a 360 dias, que não se afastaram para aposentadoria por invalidez e que atuavam no referido ano, na assistência ou em funções administrativas. Obedecidos os critérios, o estudo se referiu a 316 trabalhadores de enfermagem.

Em 2007, a cobertura de exame médico periódico para categoria da enfermagem foi de 59,4%, no hospital estudado, e o exame médico periódico foi adotado como ferramenta de gestão para promover, prevenir e reabilitar no trabalho. Há o reconhecimento das informações fornecidas pelo trabalhador sobre o processo de trabalho como elemento complementar no atendimento do médico durante o exame periódico. Uma avaliação de saúde do trabalhador que não reconheça esses elementos pode ser inócua na perspectiva da prevenção da saúde no trabalho. A reabilitação dos trabalhadores com restrição laboral é realizada na rotina da Unidade de Saúde do trabalhador e segue protocolo de reabilitação construído pela própria instituição. O serviço trabalha com protocolo de reabilitação dos trabalhadores que passam pela necessidade de um olhar singular sobre sua saúde, retorno ao trabalho, bem como sobre o processo de trabalho.

3.6 Dimensões do estudo para caracterização da amostra e pesquisa dos dados

No modelo estabelecido no hospital, os profissionais de enfermagem compõem uma categoria imprescindível na constituição e operacionalização das equipes multiprofissionais, considerando ser a maior em número e quantidade de horas na assistência direta ao usuário.

O contrato das cargas horárias varia de 12 a 36 horas semanais. Para a categoria de enfermagem, a carga horária mínima estabelecida é de 30 horas semanais e a máxima, de 36 horas⁽⁴¹⁾.

Os trabalhadores são distribuídos em escalas organizadas nos seguintes turnos de trabalho: 7h às 13h, das 13h às 19h e das 19h às 7h. Nos períodos matutino e vespertino respectivamente, os trabalhadores contam com sete folgas no mês e para o plantão noturno, quatro. No período noturno, há uma hora para descanso, organizado internamente.

É possível que tenham um segundo emprego. No presente estudo não tínhamos essa informação pelos dados existentes na instituição.

Para organização dos dados da amostra foram estabelecidas as seguintes dimensões do estudo:

A) Características pessoais e hábito de fumar: idade, situação conjugal e tabagismo

Idade: em anos (considerando o ano de pesquisa 2007); faixa etária (igual e/ou menor que 40 e maior que 40 anos);

Situação conjugal: com companheiro (a): casado, união estável e casado oficialmente; sem companheiro (a): solteiro, separado, divorciado, desquitado e viúvo;

Tabagismo: Fuma ou não fuma.

B) Características do trabalho: categoria profissional, descrito a categoria profissional que pertence;

Tempo de serviço: de um a dez e mais de dez anos;

Unidade de produção: descrição da unidade de produção que atua por eixo de cuidado clínico, cirúrgico, da criança, apoio assistencial e apoio administrativo;

Hora extra: descritos com realizou ou não hora extra durante o ano de 2007.

C) Aspectos de saúde ocupacional:

Aptidão ao trabalho: apto ou inapto; apto com restrições laborais que constam no banco de dados da Unidade de Saúde do Trabalhador do Hospital pesquisado.

CID 10 (referente às restrições laborais apontadas pelo médico do trabalho);

Absenteísmo (em dias de licença médica concedido pela perícia médica) e CID 10 referente aos achados durante o exame médico periódico;

Acidente de trabalho, típico, trajeto ou doença ocupacional;

Relato de dor no ano de 2007, cobertura sorológica como negativa, positiva e sem resultado.

D) Aspectos do serviço:

Taxa de internação anual referente a 2007;

Taxa de cirurgias eletivas/de urgência anual referente a 2007;

Média de permanência.

3.7 Variáveis de estudo

Para descrever o perfil da amostra nos resultados realizaram-se análises descritivas das variáveis contínuas independentes em relação às variáveis de estudo dependentes, a saber, absenteísmo e aptidão para o trabalho. Para identificar fatores associados às respostas estudadas foram utilizadas as análises de regressão logística univariada e múltipla. O processo

de seleção de variáveis empregado para o modelo múltiplo foi o *stepwise*. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ⁽⁴²⁾.

Quadro 1. Variáveis categóricas utilizadas no estudo.

Variáveis independentes:	Sexo	Variável nominal
	Idade	Variável categórica
	Categoria profissional	Variável Categórica
	Tempo de trabalho no serviço público	Variável Categórica
	Unidade de trabalho (por eixo de cuidado)*	Variável Categórica
	Hora extra	Variável nominal
	Acidente típico	Variável Categórica
	Acidente trajeto	Variável Categórica
	Sorologia	Variável Categórica
	Tabagismo	Variável Nominal
	Afecções relatadas e existentes	Variável Categórica
	Restrições laborais	Variável Categórica
	Relato de dor	Variável ordinal
	CID relacionado ao absenteísmo	Variável Categórica
	CID identificado durante o exame médico periódico	Variável Categórica

*Conforme organização de trabalho da Instituição, eixo clínico: pronto-socorro adulto, unidade de terapia intensiva adulto, enfermaria de clínica médica e unidade de atendimento a pacientes oncológicos e serviço de radioterapia em relação à variável de estudo; eixo cirúrgico: centro cirúrgico e central de materiais, enfermaria de clínica cirúrgica, ambulatório de especialidades e enfermaria de neurologia e ortopedia; eixo de cuidado a criança: pronto-socorro infantil, enfermaria de pediatria e unidade de terapia intensiva infantil; eixo de apoio administrativo: setores administrativos de apoio à assistência como recursos humanos, licitações, diretoria entre outros; eixo de apoio assistência: endoscopia, imagem e laboratório.

3.8 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado à Comissão de Ética do Hospital em estudo para garantir os aspectos éticos e foi aprovado. (Projeto nº 010/10 CEP HMMG) (ANEXO 4).

4. RESULTADOS

O hospital, em 2007, apresentou um contingente numérico de 1537 trabalhadores sendo 532 profissionais de enfermagem entre 59 enfermeiros, 29 técnicos e 444 auxiliares de enfermagem, constituindo-se na maior categoria do hospital, seguida pelos médicos com 359 profissionais.

O total geral de absenteísmo do hospital foi de 4,6% em 2007. Na distribuição por unidade de produção pode ser constatado que os trabalhadores que mais se afastaram estão concentradas na área assistencial ou áreas operacionais de atividades intensas, como nutrição, lavanderia, manutenção hospitalar e transporte (Tabela 1).

Tabela 1. Proporção de afastamentos por licença médica para tratamento da saúde dos trabalhadores distribuídos por Unidade de produção em 2007. Campinas, SP.

Unidades	Taxa %
Ambulatório	8,2
Centro cirúrgico	3,6
Clínica cirúrgica	3,8
Clínica médica	5,1
Complexo administrativo	3,4
Endoscopia	3,7
Farmácia/caf	1,7
Higiene	9,7
Laboratório/banco de sangue	2,3
Lavanderia	7,1
Manutenção	2,0
Neuro/ortopedia	5,6
Nutrição	5,4
Oncologia/radioterapia	5,6
PS adulto	4,1
PS infantil	4,8
Radiologia	5,5
Transporte/vigilância	9,1
Ust	0,8
UTI adulto	5,2
UTI pediátrica/pediatria	3,0
Total	4,6

O absenteísmo dos trabalhadores do hospital pesquisado é acompanhado pela unidade de saúde do trabalhador. Algumas patologias que geraram tais afastamentos foram monitoradas durante o ano de 2007 e agrupadas em doenças do aparelho osteomuscular e do tecido conjuntivo, transtornos mentais e comportamentais, circulatório e respiratório.

4.1 Dados gerais de produção hospitalar, absenteísmo e perfil de morbidade dos trabalhadores do hospital pesquisado.

Quadro 2. Demonstrativos hospitalares de taxa de ocupação, média de permanência, atendimentos médicos e produções gerais. Ano 2007. Campinas, SP.

Taxa de ocupação: 82%			Média de Permanência: 6,60		
	Atendimento Anual	Média Mensal	Enfermarias	Média de Permanência	Taxa de Ocupação
Consultas PSI	71.954	5.996			
Consultas PSA	148.337	12.361	Clínica Neurologia	10,19	81%
* Consultas Ambulatório	88.921	7.410	Clínica Ortopedia	7,37	78%
Internações	10.066	839	Clínica Especialidades	4,21	64%
Óbitos	992	83	Clínica Cirurgia Geral	4,22	75%
Altas	9.458	788	Clínica Médica	9,15	90%
Acidentes de trabalho			UTI Adulto	5,87	82%
CATs Abertas	170	14	Pediatria	4,65	87%
Laboratório			UTI Infantil	8,85	72%
Exames realizados	626.017	52.168	Anual		Média Mensal
Imagens Médicas			Manutenção		
Ecocardiograma	2.336	195	Pedidos Realizados	4.824	402
Endoscopia+Bronco	4.190	349	Área de nutrição e Dietética		
Ultrasson	5.528	461	Refeições	409.589	34.132
Colonoscopia	753	63	Mamadeiras	40.231	3.353
Raio X - PSA	98.307	8.192	Serviço Social		
Raio X – Ambulatório	16.228	1.352	Procedimentos	43.823	3.652
Raio X - PSI	32.093	2.674	Serviço de radioterapia		
Tomografia	8.206	684	Consultas	3.622	302
Banco de Sangue			Aplicações	30.015	2.501
Doadores	18.378	1.532	Transporte		
Bolsas Coletadas	13.486	1.124	Km rodados	171.110	14.259
Pacientes transfundidos	2.562	214	Lavanderia		
			Roupa processada		
Bolsas Transfusional.	6.402	534	Kg	550.489	45.874
Pacientes atendidos	6.667	556	Peças Prod.	16.594	1.383
Centro cirúrgico			Peças Reformadas	9.268	772
Cirurgias realizadas (Eletivas + Urg)	5.489	457	*****	*****	*****

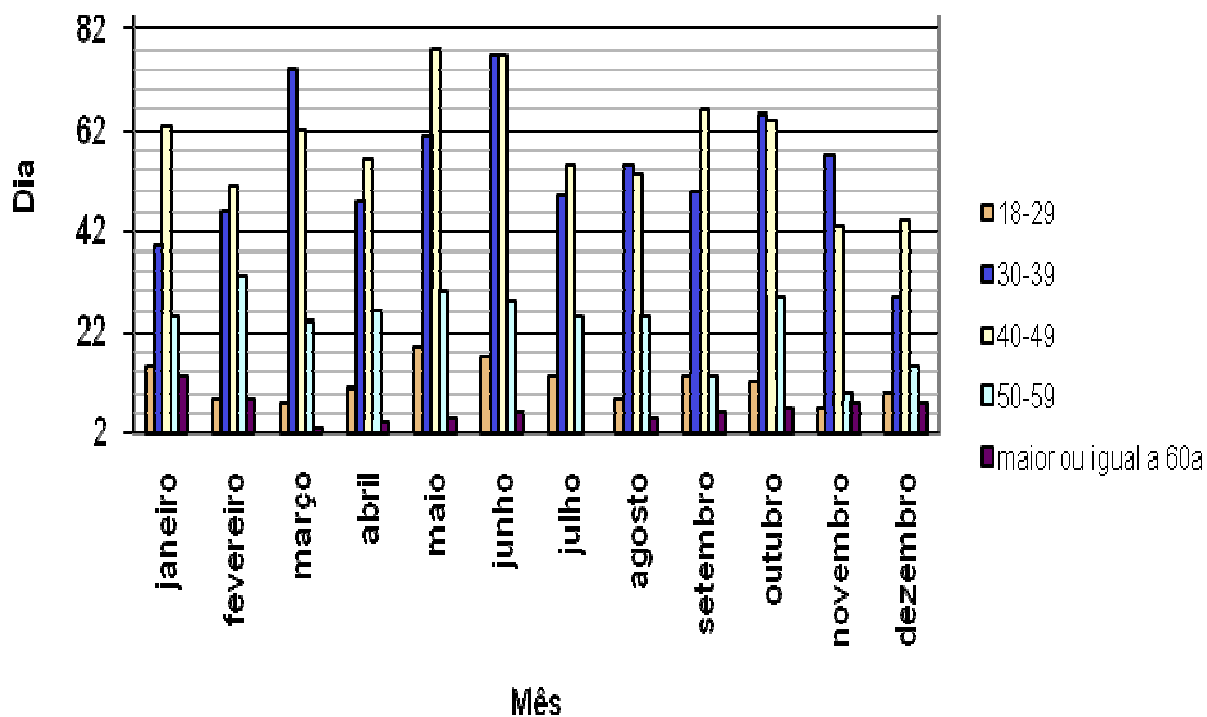
Fonte: Sistema HOSPUB e livro das Unidades de produção.

Quadro 3. Distribuição dos indicadores hospitalar como taxa de ocupação, média de permanência, atendimentos médicos e produções gerais na assistência e dados de absenteísmo por licença médica em 2007. Campinas, SP.

		Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Taxa de ocupação	%	74	78	79	78	82	85	87	90	88	84	81	79
Média de permanência		6,56	6,53	5,65	6,20	7,02	6,62	6,84	7,42	7,42	6,86	5,78	6,25
Consultas	Pronto Socorro Adulto	13.403	11.716	14.358	12.995	12.068	13.356	11.078	12.128	11.612	12.519	11.460	11.644
	Pronto Socorro Infantil	4.000	5.176	7.348	6.738	6.320	8.164	5.026	6.196	6.132	6.269	5.641	4.944
	Ambulatório	7.370	7.130	8.288	7.359	7.963	7.173	6.930	8.594	7.122	8.372	6.910	5.710
Internações		792	792	927	837	827	839	871	903	836	903	767	772
Outros atendimentos (procedimentos)	Cirurgias	447	431	487	490	398	409	464	580	432	468	479	404
	Exames laboratoriais	50.736	50.089	60.826	57.243	51.785	50.465	49.412	55.482	50.372	51.408	46.776	51.423
	Aplicações de radioterapia	2.367	1.771	2.483	2.580	3.013	2.666	3.071	3.184	2.481	2.389	1.918	2.092
	Raios-X	11.263	11.607	13.660	12.650	11.926	13.569	11.602	12.624	12.451	13.153	11.253	10.870
	Tomografia	712	605	738	710	695	699	713	775	408	694	756	701
	Endoscopia	337	279	362	294	307	349	308	386	319	373	301	298
	Ultrassonografia	523	426	472	434	502	427	403	417	438	679	432	378
	Ecocardiograma	199	183	196	207	224	208	186	253	96	233	185	166
	Colonoscopia	47	45	59	65	61	60	54	85	64	73	83	54
Número de solicitações de licença médica distribuídos em faixas de dias.	≤15	84	83	108	153	128	105	85	95	100	124	79	99
	>15	44	59	90	86	81	79	77	75	91	84	86	70
Percentual de afastamentos por licença médica referente à equipe de enfermagem	Enfermeiro	0,8	0,6		1,3	1,0	2,0	2,1	1,2	1,1	1,9	1,2	2,0
	Técnico de enfermagem	6,9	4,6	11,3	4,6	0,0	5,3	2,4	4,2	2,3	7,0	6,8	2,3
	Auxiliar de enfermagem	13,7	17,6	25,1	20,3	16,7	30,4	26,8	27,3	42,6	39,8	43,8	38,5

Notas: Taxa de ocupação: (Paciente/dia no período)/ (Leito/Dia no período); Média de permanência: (Paciente/Dia no período) / (Saídas no período); Número de solicitações de licença médica= atestados médicos distribuídos em menor/menor do que 15 dias no ano de 2007; Total de trabalhadores= homem/categoria.
Fonte: Sistema Hospub 2007 da coordenadoria de Informação, Gestão e Ações coletivas/Núcleo de informação; Dados da Unidade de Saúde do trabalhador ano 2007.

A distribuição geral dos afastamentos dos trabalhadores em 2007 é apresentada a seguir, por faixa etária e a maior incidência de absenteísmo está concentrada nas faixas de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos. (Gráfico 1).



Fonte: Unidade de Saúde do trabalhador 2007

Gráfico 1. Licenças ano 2007 por mês por grupo etário. Campinas, SP.

A predominância de doenças osteomusculares, do tecido conjuntivo (17%) e dos transtornos mentais (17%) foram as patologias mais prevalentes nos trabalhadores de uma forma geral, durante o ano de 2007 (Gráfico 2).

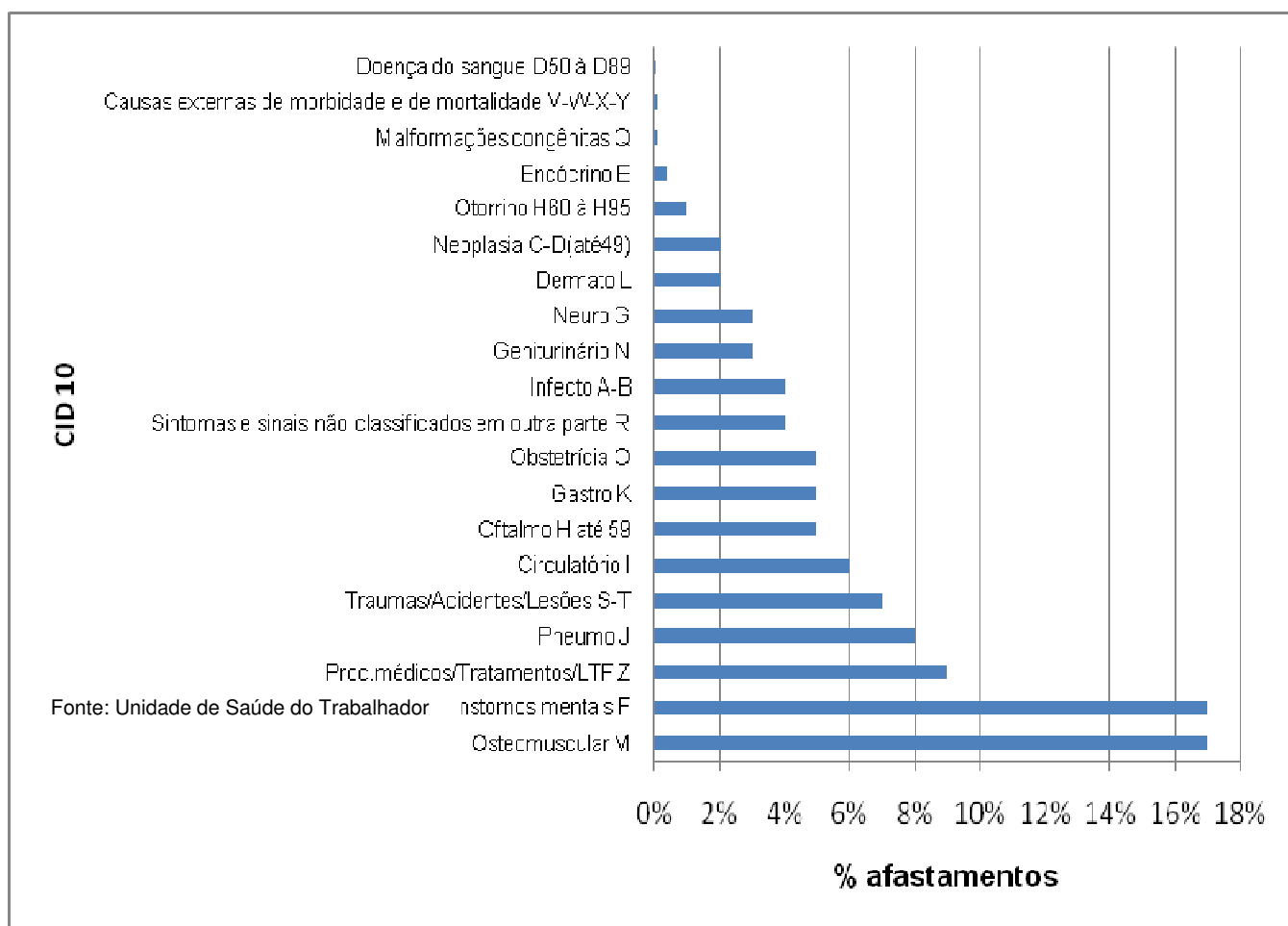
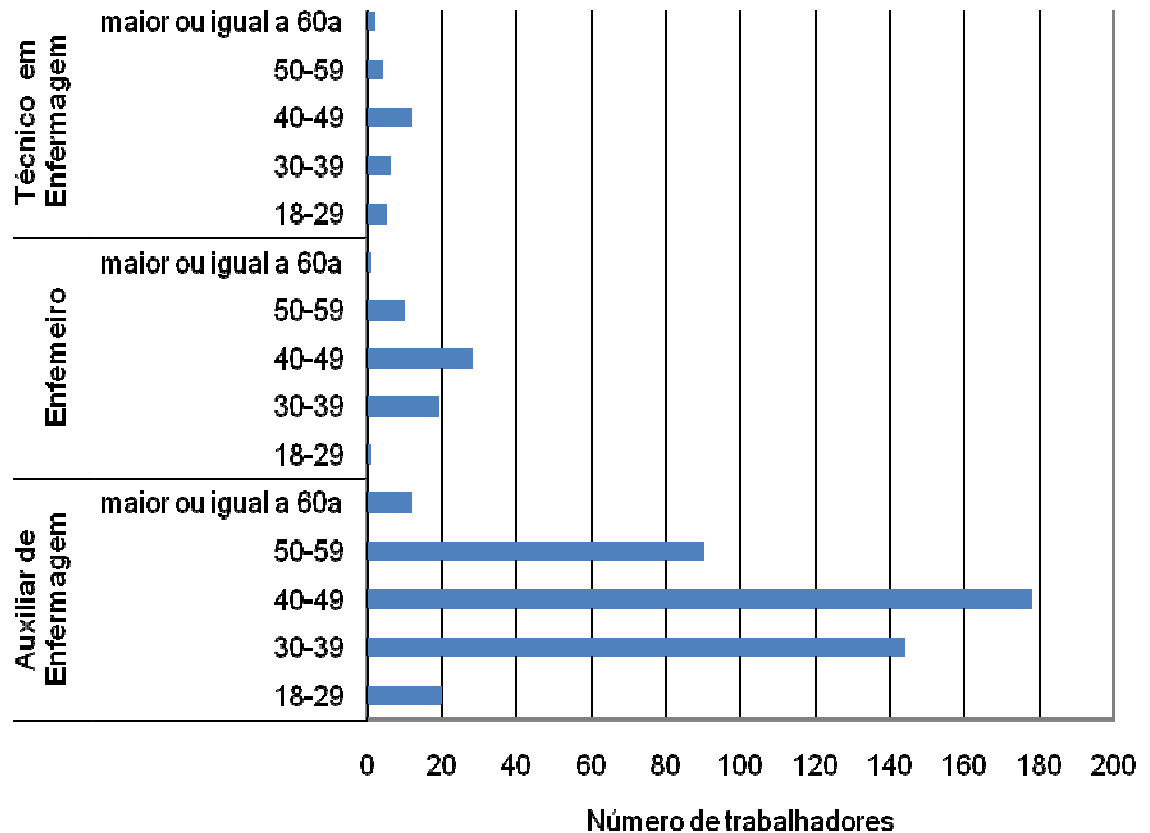


Gráfico 2. Distribuição do absenteísmo por morbidade identificado durante perícia médica em 2007. Campinas, SP.

Os profissionais da enfermagem apresentaram taxas de absenteísmo por motivo médico distintos entre si, com ênfase para a categoria de auxiliar de enfermagem com o maior proporção de absenteísmo. O número de licenças para tratamento da saúde é maior na faixa etária entre 40 a 49 anos para as três categorias (Gráfico 3).



Fonte: Unidade de Saúde do Trabalhador ano 2007

Gráfico 3. Distribuição dos profissionais da enfermagem por categoria e por faixa etária, em relação às licenças para tratamento de saúde no ano de 2007. Campinas, SP.

Durante o estudo, comparamos as três categorias da enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar), em relação ao afastamento, apresentando maior ocorrência para o auxiliar de enfermagem (Gráfico 4).

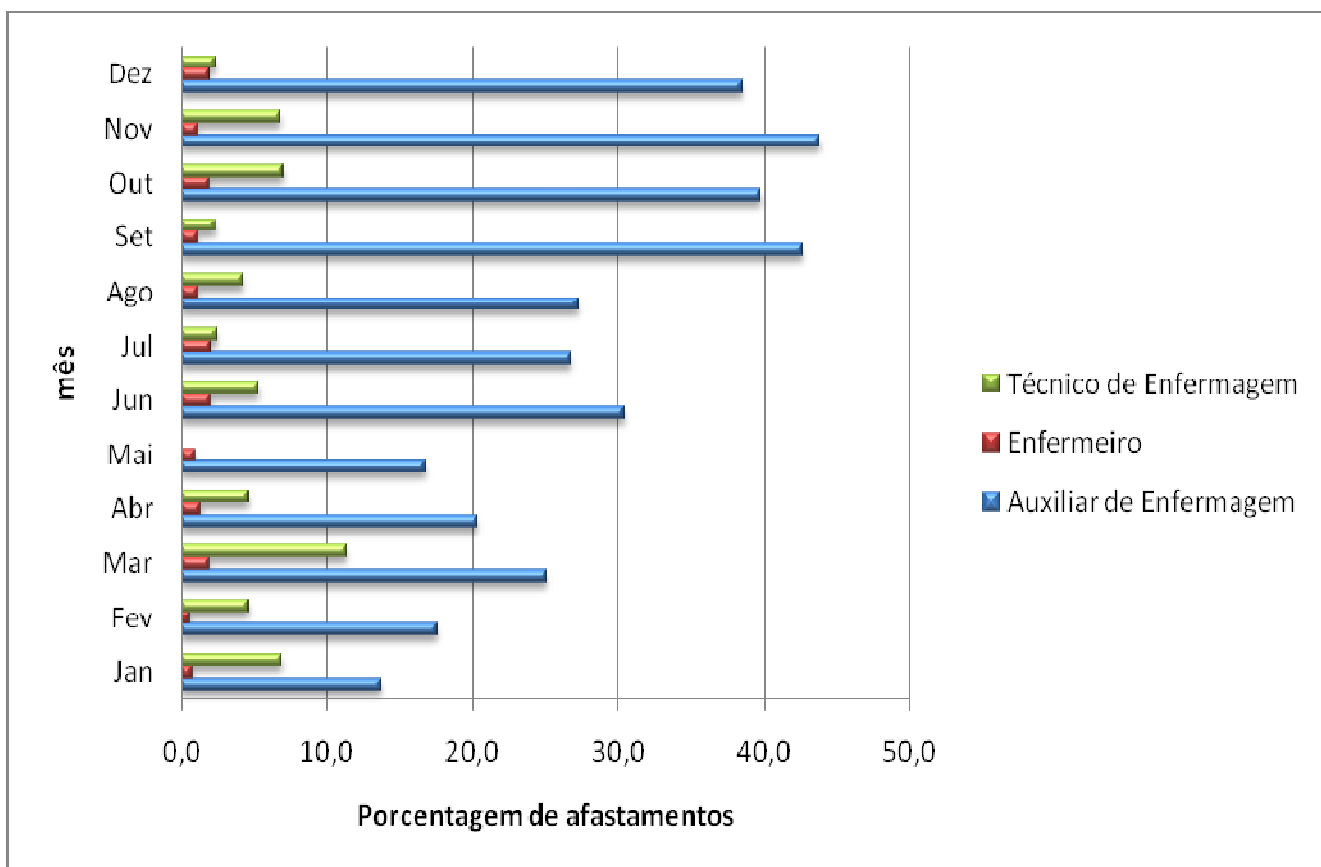
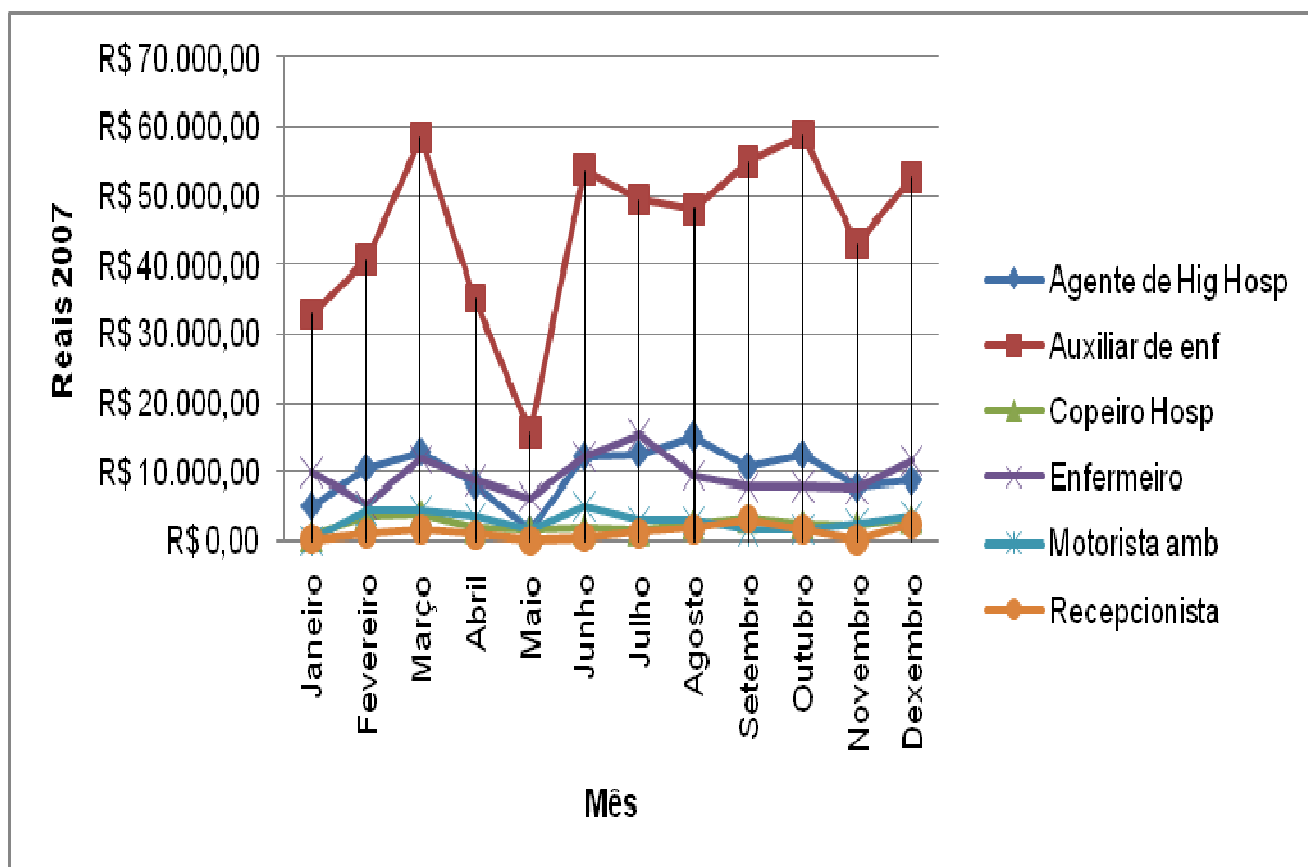


Gráfico 4. Proporção de afastamentos por licença médica mensal, por categoria profissional, em 2007. Campinas, SP.

O impacto financeiro consequência dos afastamentos para tratamento da saúde representados no Gráfico 5 , aponta para a necessidade do acompanhamento do absenteísmo referente a gestão financeira e a sua consequência por categoria profissional. A seguir podemos observar que algumas categorias foram selecionadas pela administração da instituição estudada para acompanhamento durante todo o ano, sendo que a categoria auxiliares de enfermagem representou o maior gasto financeiro que as demais.



Fonte: Área de Administração de Pessoal ano 2007. Campinas

Gráfico 5. Flutuação mensal do impacto financeiro com licença médica, por categoria profissional (valores obtidos de somatória: salário base, anuidade cinco anos e auxílio refeição), em 2007. Campinas, SP.

4.2 Perfil dos trabalhadores de enfermagem que concluíram o exame periódico em 2007.

Com relação às atividades desenvolvidas pelos trabalhadores da enfermagem, descreve-se por categoria profissional a atribuição designada na instituição hospitalar a cada uma acrescidas do fato de que, nas enfermarias, todos fazem os cuidados integrais ao paciente. A divisão de tarefa é pela distribuição de grupos de pacientes por profissional, que, é feita pelo enfermeiro. Nos prontos-socorros infantil, adulto e ambulatório de especialidades, as atividades incluem o acolhimento do paciente e familiar e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Outro diferencial nas atribuições da equipe de enfermagem, de forma geral, é nos casos dos profissionais lotados nas unidades de apoio diagnóstico, laboratorial, imagem e apoio administrativo. A seguir são descritas, as atribuições dos profissionais de enfermagem estabelecidas na instituição:

Enfermeiro, este profissional deve:

- Realizar atividades de nível superior de elevada complexidade, relativas ao desenvolvimento e implementação de ações de educação, prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde individual e coletiva;
- Sistematizar a assistência de enfermagem nas diferentes fases do ciclo vital e nas diversas unidades de saúde, zelando pela efetividade e eficácia dos resultados;
- Identificar e atuar em situações de risco à saúde;
- Supervisionar, orientar, dimensionar a equipe de enfermagem;
- Participar da elaboração de protocolos de assistência e atuar em equipe multiprofissional;

- Realizar o atendimento, prescrevendo os cuidados de enfermagem e medicamentos conforme protocolos técnicos;
- Participar do planejamento, execução e avaliação das atividades a serem desenvolvidas na instituição por residentes e/ou estagiários;
- Participar das atividades de ensino e pesquisa dentro de seu ambiente de atuação pela busca da qualificação que o modelo exige;
- Executar suas atividades de acordo com as normas técnicas de biossegurança, bem como supervisionar e orientar a equipe multidisciplinar no uso correto de equipamentos de proteção individuais:
 - Desenvolver ações de vigilância em saúde;
 - Atuar no gerenciamento de riscos,
 - Elaborar e monitorar indicadores de assistência e de qualidade;
 - Atuar na prevenção de agravos relacionados ao ambiente de trabalho, como também nas ações de vigilância à saúde do trabalhador;
- Prover recursos materiais, bem como dimensionamento e monitoramento de sua manutenção preventiva e corretiva;
- Prover capacitação da equipe envolvida no manuseio de novos equipamentos;
- Executar outras tarefas de mesma natureza ou nível de complexidade, associadas à sua especialidade.

Técnico em enfermagem, este profissional deve:

- Exercer atividades auxiliares de nível médio e técnico, assistindo ao enfermeiro no planejamento;

- Realizar o acolhimento aos usuários;
- Realizar programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem na prestação de cuidados diretos aos pacientes e das atividades relacionadas à enfermagem do trabalho;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- Realizar cuidados de proteção e prevenção às lesões de pele;
- Realizar procedimentos de suporte avançado de vida;
- Realizar anotações em prontuário;
- Efetuar controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
- Realizar visitas domiciliares;
- Acompanhar e transportar pacientes;
- Integrar e participar de reuniões de equipe;
- Atuar de forma integrada com profissionais de outras instituições;
- Desenvolver ações de vigilância de baixa, média e alta complexidade nas áreas ambiental, sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador;
- Realizar o controle da cadeia de frios, aplicação e orientação de imunobiológicos;
- Executar suas atribuições de acordo com as normas técnicas de biossegurança;
- Atuar como multiplicador nas ações pertinentes ao combate à infecção hospitalar;
- Participar de atividades de educação em saúde, auxiliar o enfermeiro na execução desses programas, atuando como facilitador do processo;

- Executar outras tarefas de mesma natureza ou nível de complexidade, associadas à sua especialidade.

Auxiliar de enfermagem, este profissional deve:

- Exercer atividades de média complexidade, natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem;
- Realizar o acolhimento aos usuários, sob supervisão;
- Participar em nível de execução simples em processos de tratamento;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- Efetuar controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
- Realizar visitas domiciliares;
- Acompanhar e transportar pacientes;
- Prestar cuidados de higiene e conforto;
- Realizar cuidados de proteção e prevenção às lesões de pele;
- Realizar procedimentos de suporte avançado de vida;
- Realizar anotações em prontuário;
- Receber, preparar e encaminhar pacientes para cirurgias;
- Auxiliar em procedimentos cirúrgicos e anestésicos;
- Observar o quadro pós-operatório e atuar dentro quando necessário dentro das normas de segurança do paciente;
- Realizar a higienização, desinfecção, preparo e esterilização de materiais, bem como cuidados com seu acondicionamento;
- Integrar e participar de reuniões de equipe;
- Atuar de forma integrada com profissionais de outras instituições;

- Atuar em equipe multiprofissional;
- Desenvolver ações de vigilância em saúde de baixa e média complexidade nas áreas ambiental, sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador;
- Realizar o controle da cadeia de frios, aplicação e orientação de imunobiológicos;
- Executar suas atribuições de acordo com as normas técnicas de biossegurança;
- Atuar como multiplicador nas ações pertinentes ao combate à infecção hospitalar;
- Participar de atividades em educação em saúde, auxiliar o enfermeiro e o técnico de enfermagem na execução destes programas, atuando como facilitador do processo;
- Executar outras tarefas de mesma natureza ou nível de complexidade, associadas à sua especialidade.

A partir dos dados coletados sobre a população definida para o estudo, por ocasião do exame médico periódico de rotina da Unidade de Saúde do Trabalhador, agregando dados das Unidades de Administração de Pessoal sobre a gestão administrativa de pessoas e da Coordenadoria de Informação e Informatização sobre o censo do hospital, observa-se que a população de trabalhadores é formada, em sua maioria, por auxiliares de enfermagem (84,8%) e o sexo predominante é o feminino (80,4%). Com relação ao estado conjugal, 49,4% têm companheiro. Quanto ao hábito de fumar, 36,4% dos trabalhadores fumam, isso representa três vezes mais que a média brasileira, aumentando os riscos às doenças respiratórias e bucais. A idade predominante é de 58,5% de trabalhadores com mais de 40 anos de idade.

A Tabela 2 indica as características da amostra relativa aos aspectos do trabalho como categoria profissional, local de atuação no hospital, sexo, grau de escolaridade.

Tabela 2. Distribuição dos profissionais da categoria de enfermagem segundo dados sociodemográficos e características do trabalho em 2007. Campinas, SP (n=316)

Variáveis		n	%
Sexo	Masculino	62	19,6
	Feminino	254	80,4
Escolaridade	Ensino Fundamental	20	6,3
	Ensino Médio	218	69
	Educação Superior	72	22,8
Categoria profissional	Enfermeiro	27	8,5
	Técnico de enfermagem	21	6,6
	Auxiliar de enfermagem	268	84,6
Local de trabalho por *eixo de cuidado	Eixo de cuidado clínico	126	39,9
	Eixo de cuidado cirúrgico	135	42,7
	Eixo de cuidado da criança	33	10,4
	Eixo de apoio administrativo	14	2,5
	Eixo de apoio assistencial	8	4,4

**Conforme organização de trabalho da Instituição, eixo clínico: pronto-socorro adulto, unidade de terapia intensiva adulto, enfermaria de clínica médica e unidade de atendimento a pacientes oncológicos e serviço de radioterapia em relação à variável de estudo; eixo cirúrgico: centro cirúrgico e central de materiais, enfermaria de clínica cirúrgica, ambulatório de especialidades e enfermaria de neurologia e ortopedia; eixo de cuidado a criança: pronto-socorro infantil, enfermaria de pediatria e unidade de terapia intensiva infantil; eixo de apoio administrativo: setores administrativos de apoio à assistência como recursos humanos, licitações, diretoria entre outros; eixo de apoio assistência: endoscopia, imagem e laboratório.

Em relação ao absenteísmo 46% não apresentam afastamento, 38% dos trabalhadores apresentaram afastamento inferior a 15 dias e 16%, com mais de 15 dias. Observa-se que trabalhadores com média de idade de 44,8 anos afastaram-se menos que os com média abaixo de 42,6 anos (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos profissionais da categoria de enfermagem segundo a duração do afastamento e a média de idade dos trabalhadores da categoria em 2007. Campinas, SP (n=316)

Afastamento (dias)	n	%	Média idade
Nenhum afastamento	146	46,2	44,8
1 a 3	50	15,8	40,5
4 a 15	70	22,1	42,6
16 a 90	38	12,3	41,3
91 a 364	12	3,8	41,8
Total	316	100	

A organização por grupamentos da CID 10⁽⁵⁶⁾ foi originalmente acompanhada pela unidade de saúde do trabalhador. São elas: Capítulo V- Transtornos mentais e comportamentais (códigos F00 ao F99); Capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório (códigos I00 ao I99); capítulo X – Doenças do aparelho respiratório (códigos J00 ao J99); XIII- Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (códigos M00 ao M99); XX- Causas externas de morbidade e mortalidade e outros pequenos grupamentos (Tabela 4).

Os afastamentos por licença gestante não foram incluídos. Entende-se absenteísmo por licença médica a ausência devido ao fator saúde, com solicitação de afastamento ininterrupto do trabalho a partir de 24 horas. Foi observado que o grupamento das lesões, envenenamentos e outras consequências; causas externas; outros CIDs, incluindo atestados para acompanhamento de tratamento família, foram a maior causa de afastamento para as três categorias, seguidos dos transtornos mentais e comportamentais.

Tabela 4. Número de afastamentos por licença médica dos profissionais da categoria de enfermagem referente aos grupamentos da Classificação Internacional de Doenças 10 em 2007. Campinas, SP (n=316)

GRUPAMENTOS DA CID 10																				
	Capítulo XIII- Distúrbios osteomusculares e do tecido conjuntivo (M00 ao M99)				Capítulo V- Transtornos Mentais e do Comportamento (códigos F00 ao F99)				Capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório (códigos I00 ao I99)				Capítulo X – Doenças do aparelho respiratório (códigos J00 ao J99)				Capítulo XIX- Lesões, envenenamentos e outras consequências - causa externa (S00-T98), outros CIDs, incluindo atestado para acompanhamento de tratamento da família.			
Categoria	Número de afastamentos		Dias de afastamentos		Número de afastamentos		Dias de afastamentos		Número de afastamentos		Dias de afastamentos		Número de afastamentos		Dias de afastamentos		Número de afastamentos		Dias de afastamentos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermeiro	5	5	27	3,5	3	5	90	9	0	0		0	2	4,4	5	5,5	17	7	233	13,4
Técnico de enfermagem	3	3	11	1,4	2	3	27	2	3	12,5	4	6,5	6	13,3	12	13,1	13	5	113	7
Auxiliar de enfermagem	91	92	738	95	55	92	914	89	21	87,5	57	93,4	37	82	74	81	215	88	1388	80
Total	99	100	776	100	60	100	1031	100	24	100	61	100	45	100	91	100	245	100	1734	100

4.3 Análise descritiva das variáveis de estudo em relação ao absenteísmo e aptidão para o trabalho

Os dados foram analisados descritivamente por frequências absolutas (n) e relativas (%). Os testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher foram aplicados para avaliar a associação entre o absenteísmo e a aptidão para o trabalho (condição de saúde do trabalhador após exame médico periódico) entre características sociodemográficas e hábito de fumar, da saúde do trabalhador e aspectos do trabalho. Para identificar fatores associados às respostas estudadas foram utilizadas análises de regressão logística univariada e múltipla. O processo de seleção de variáveis empregado para o modelo múltiplo foi o *stepwise*, com base em Tabachnick ⁽⁴²⁾.

Realizado o teste Qui-quadrado na associação entre as variáveis sobre característica pessoal e modo de vida em relação ao absenteísmo categorizado, em nenhum afastamento e ocorrência de afastamento foi com p valor de 5% significativa para as variáveis: idade categorizada em menor e maior de 40 anos, situação conjugal e hábito de fumar.

Tabela 5. Distribuição dos profissionais da categoria da enfermagem segundo as variáveis sociodemográficas e hábito de fumar em relação à ocorrência ou não de afastamento em 2007. Campinas, SP. (n=316)

Afastamentos ocorridos em 2007						
		Nenhum		A partir de um dia		
	Categoria	n	%	n	%	p Valor
Idade (anos)	≤ 40	52	35,6	79	46,5	0,051
	>40	94	64,4	91	53,5	
Sexo	Masculino	32	21,9	30	17,6	0,341
	Feminino	114	78,1	140	82,4	
Situação Conjugal	Sem companheiro	70	47,9	65	38,2	0,070
	Com Companheiro	62	42,5	94	55,3	
Fuma	Não fuma	99	67,8	102	60	0,087
	Fuma	18	12,3	37	21,8	

Testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher

*nível de significância = 5%

Não houve nível de significância (p valor $\leq 5\%$), mas, relativo aos aspectos laborais dos profissionais da enfermagem quanto ao absenteísmo, observa-se que a categoria de auxiliar de enfermagem superou as demais com 84% de absenteísmo em 2007 (Tabela 6).

Tabela 6. Características relativas à vida laboral dos profissionais da categoria da enfermagem, quanto à ocorrência ou não de absenteísmo em 2007. Campinas, SP (n=316)

Afastamentos ocorridos ou não em 2007							
		Nenhum		A partir de um dia		p Valor	
Categoria		n	%	n	%		
Tempo de serviço (anos)	Enfermeiro	15	10,3	12	7,1	0,166	
	Técnico de enfermagem	6	4,1	15	8,8		
	Auxiliar de enfermagem	125	85,6	143	84,1		
	1 - 10	47	32,4	71	42	0,080	
	>10	98	67,6	98	58		
	Local de atuação por *eixo de cuidado	Clínico	67	45,9	59	34,7	0,331
		Cirúrgico	55	37,7	80	47,1	
		Criança	14	9,6	19	11,2	
		Apoio Assistencial	7	4,8	7	4,1	
		Apoio administrativo	3	2,1	5	2,9	
Hora extra	Não realizou	76	52,1	99	58,2	0,271	
	Realizou	70	47,9	71	41,8		

Testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher

*nível de significância = 5%

***: Conforme organização de trabalho da Instituição, eixo clínico: pronto socorro adulto, unidade de terapia intensiva adulto, enfermaria de clínica médica e unidade de atendimento a pacientes oncológicos e serviço de radioterapia em relação a variável de estudo; eixo cirúrgico: centro cirúrgico e central de materiais, enfermaria de clínica cirúrgica, ambulatório de especialidades e enfermaria de neurologia e ortopedia; eixo de cuidado a criança: pronto socorro infantil, enfermaria de pediatria e unidade de terapia intensiva infantil; eixo de apoio administrativo: setores administrativos de apoio à assistência como recursos humanos, licitações, diretoria entre outros; eixo de apoio assistência: endoscopia, imagem e laboratório.

Após conclusão do exame médico periódico, alguns aspectos de saúde representados na Tabela 6 apresentaram um nível de significância (p-valor, 007) para quem tem restrição laboral e doença osteomuscular (p-valor 0,054) em relação a quem apresentou afastamento. A queixa de dor é notificação constante do trabalhador no questionário aplicado pela unidade de saúde, antes da avaliação médica. Essa variável também apresentou um nível de significância inferior a 5% (p-valor 0,040), indicando que, quem tem dor, afastou-se mais durante o ano da pesquisa.

Tabela 7. Distribuição dos profissionais da categoria da enfermagem segundo aspectos de saúde identificados em exame médico periódico em relação a ocorrência ou não do afastamento em 2007. Campinas, SP (n=316)

		Afastamentos				p Valor
		Nenhum		A partir de um dia		
	Categoria	n	%	n	%	
Resultado do exame médico periódico**	Apto	129	88,4	127	74,7	0,007
	Apto com restrição	17	11,6	42	24,7	
CID 10	Doença osteomuscular e do tecido conjuntivo	15	10,3	28	16,5	0,054
	Transtorno psíquico	2	1,4	11	6,5	
	Doença do aparelho respiratório	0	0	1	0,6	
	Outros achados	11	7,5	8	4,7	
	Nenhum achado em exame médico	117	80,1	119	70	
Acidentes de trabalho registrados	Nenhum	131	89,7	152	89,4	0,739
	Um	13	8,9	17	10	0,739
	Dois	2	1,4	1	0,6	
Sorologia anti-HBsAg	Negativo	16	11	20	11,8	0,745
	Positivo	106	72,6	117	68,8	
	Sem resultado	24	16,4	33	19,4	
Relato de presença de dor	Não	37	25,3	26	15,3	0,040
	Sim	63	43,2	94	55,3	
	Não respondeu	46	31,5	50	29,4	

Testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher

*nível de significância = 5%

** Apenas um trabalhador foi considerado inapto e não foi apresentado no teste

O absenteísmo foi estudado por categorias caracterizadas como nenhum afastamento, afastamento menor de 15 dias e maior de 15 dias. Todas as dimensões do estudo foram analisadas descritivamente como indicam as Tabelas 7,8 e 9, Os trabalhadores com hábito de fumar apresentaram maior porcentagem de afastamentos maior de 15 dias, com valor de p foi igual a 0,020 (Tabela 8). Outra variável importante é a idade e os trabalhadores com mais de 40 anos afastarem-se menos dos que têm idade igual ou inferior a 40 anos.

Tabela 8. Distribuição dos profissionais da categoria da enfermagem segundo característica pessoal e hábito de fumar em relação ao absenteísmo por faixas: nenhum afastamento, menor 15 dias e maior 15 dias em 2007. Campinas, SP (n= 316)

		Afastamentos (dias)						p Valor
		Nenhum		<= 15		> 15		
	Categoria	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)	<= 40	52	35,6	53	44,2	26	52	0,095
	>40	94	64,4	67	55,8	24	48	
Sexo	Masculino	32	22%	22	18%	8	16%	0,597
	Feminino	114	78%	98	82%	42	84%	
Situação Conjugal	Sem companheiro	70	47,9	48	40	17	34	0,203
	Com companheiro	62	42,5	64	53,3	30	60	
	Não respondeu	14	9,6	8	6,7	3	6	
Fuma	Não	99	67,8	73	60,8	29	58	0,020
	Sim	18	12,3	21	17,5	16	32	
	Não respondeu	29	19,9	26	21,7	5	10	

Testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher

*nível de significância = 5%

A Tabela 9 mostra a situação dos trabalhadores no contexto aspectos do trabalho. A categoria que permanece com alto nível de absenteísmo é a dos auxiliares de enfermagem e o eixo de cuidado cirúrgico apresenta maior contingente de trabalhadores afastados em relação aos demais.

Tabela 9. Características da vida laboral dos profissionais da categoria da enfermagem relativo à ocorrência ou não de absenteísmo por faixas: nenhum afastamento, menor de 15 dias e maior de 15 dias em 2007.Campinas, SP. (n=316)

		Nenhum		Afastamentos (dias)				p Valor
				<= 15		> 15		
	Categoria	n	%	n	%	n	%	
	Enfermeiro	15	10,3	7	5,8	5	10,0	0,067
	Técnico de enfermagem	6	4,1	12	10	3	6	
	Auxiliar de enfermagem	125	85,6	101	84,2	42	84	
Tempo de serviço (anos)	1 - 10	47	32,4	53	44,5	18	36	0,125
	>10	98	67,6	66	55,5	32	64	
Local de atuação por *eixo de cuidado	Clínico	67	45,9	44	36,7	15	30	0,020
	Cirúrgico	55	37,7	55	45,8	25	50	
	Criança	14	9,6	15	12,5	4	8	
	Apoio Assistencial	7	4,8	1	0,8	6	12	
Hora extra	Apoio administrativo	3	2,1	5	4,2	0	0	
	Não	76	52,1	62	51,7	37	74	
	Sim	70	47,9	58	48,3	13	26	

Testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher

*nível de significância = 5%

A seguir será apresentada análise descritiva semelhante à anterior sobre a situação dos trabalhadores com restrição laboral, doença osteomuscular identificada e relato de dor que se relaciona com maior apresentação de afastamento que os demais.

Tabela 10. Distribuição dos profissionais da categoria da enfermagem segundo aspectos de saúde identificados em exame médico periódico em relação à ocorrência ou não do afastamento por faixas: nenhum afastamento, menor de 15 dias e maior de 15 dias em 2007.Campinas, SP. (n=316)

		Afastamentos (dias)						
		Nenhum		<= 15		> 15		p Valor
	Categoria	n	%	N	%	n	%	
Resultado do exame médico periódico**	Apto	129	88,4	97	80,8	30	60	<0,001
	Apto com restrição	17	11,6	22	18,3	20	40	
CID 10	Doença osteomuscular e do tecido conjuntivo	15	10,3	15	12,5	13	26	0,003
	Transtorno psíquico	2	1,4	5	4,2	6	12	
	Doença do aparelho circulatório	1	0,7	3	2,5	0	0	
	Doença do aparelho respiratório	0	0	1	0,8	0	0	
	Outros achados	11	7,5	4	3,3	4	8	
	Nenhum achado em exame médico	117	80,1	92	76,7	27	54	
Acidentes de trabalho registrados	Nenhum	131	89,7	107	89,2	45	90	0,929
	Um	13	8,9	12	10	5	10	
	Dois	2	1,4	1	0,8	0	0	
Sorologia anti-HBsAg	Negativo	16	11	19	15,8	1	2,0	0,117
	Positivo	106	72,6	78	65	39	78	
	Sem resultado	24	16,4	23	19,2	10	20	
Relato de presença de dor	Não	37	25,3	19	15,8	7	14	0,157
	Sim	63	43,2	65	54,2	29	58	
	Não respondeu	46	31,5	36	30	14	28	

Testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher

*nível de significância = 5%

** Apenas um trabalhador foi considerado inapto e não foi apresentado no teste

Realizaram-se análises descritivas quanto à dimensão de pesquisa indicada nas Tabelas 11,12 e 13 para obter-se a restrição laboral em 2007.

Destacam-se auxiliares de enfermagem, profissionais com mais de 10 anos de Instituição e aqueles que atuam no eixo cirúrgico, pois apresentaram mais porcentagem de restrição laboral e limitações para o trabalho.

Tabela 11. Distribuição dos profissionais da categoria da enfermagem segundo as variáveis sociodemográficas e hábito de fumar em relação à aptidão para o trabalho após exame médico periódico realizado em 2007. Campinas, SP. (n=316)

		Aptidão para o trabalho**				p Valor
Categoria		Apto	com restrição			
		n	%	N	%	
Idade (anos)	≤ 40	112	43,8	19	32,2	0,188
	>40	144	56,3	40	67,8	
Sexo	Masculino	56	21,9	6	10,2	0,110
	Feminino	200	78,1	53	89,8	
Estado civil	Sem companheiro	111	43,4	24	40,7	0,845
	Com Companheiro	124	48,4	31	52,5	
Fuma	Não fuma	163	63,7	37	62,7	0,958
	Fuma	44	17,2	11	18,6	
	Não respondeu	49	19,1	11	18,6	

Testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher

*nível de significância = 5%

** Apenas um trabalhador foi considerado inapto e não foi apresentado no teste

Tabela 12. Características da vida laboral dos profissionais da categoria da enfermagem em relação à aptidão para o trabalho após exame médico periódico em 2007 Campinas, SP. (n=316)

		Aptidão para o trabalho**				p Valor
		Apto		com restrição		
	Categoria	n	%	n	%	
Tempo de serviço (anos)	Enfermeiro	25	9,8	2	3,4	0,430
	Técnico de enfermagem	15	5,9	6	10,2	
	Auxiliar de enfermagem	216	84,4	51	86,4	
	1 - 10	96	37,8	21	35,6	0,414
	>10	158	62,2	38	64,4	
Local de atuação por *eixo de cuidado	Clínico	113	44,1	12	20,3	0,013
	Cirúrgico	97	37,9	38	64,4	
	Criança	30	11,7	3	5,1	
	Apoio Assistencial	10	3,9	4	6,8	
	Apoio administrativo	6	2,3	2	3,4	

Testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher

*nível de significância = 5%

** Apenas um trabalhador foi considerado inapto e não foi apresentado no teste

***: Conforme organização de trabalho da Instituição, eixo clínico: pronto-socorro adulto, unidade de terapia intensiva adulto, enfermaria de clínica médica e unidade de atendimento a pacientes oncológicos e serviço de radioterapia em relação a variável de estudo; eixo cirúrgico: centro cirúrgico e central de materiais, enfermaria de clínica cirúrgica, ambulatório de especialidades e enfermaria de neurologia e ortopedia; eixo de cuidado à criança: pronto-socorro infantil, enfermaria de pediatria e unidade de terapia intensiva infantil; eixo de apoio administrativo: setores administrativos de apoio à assistência como recursos humanos, licitações, diretoria entre outros; eixo de apoio assistência: endoscopia, imagem e laboratório.

Referindo-se aos aspectos de saúde ocupacional distribuídos na variável aptidão para o trabalho, relato de dor e CID relativos ao exame médico, acidentes ocorridos e notificados e cobertura sorológica para anti-HBsAg, houve correlação com nível de significância (p) valor inferior a 5% para presença de dor, CID exame médico periódico e para aptidão para o trabalho.

Tabela 13. Distribuição dos profissionais da categoria da enfermagem em relação à aptidão para o trabalho após exame médico periódico realizado em 2007. Campinas, SP (n=316)

		Aptidão para o trabalho**				p Valor
		Apto	com restrição			
	Categoria	n	%	n	%	
CID 10	Doença osteomuscular e do tecido conjuntivo	10	3,9	32	54,2	<0,001
	Transtorno psíquico	3	1,2	10	16,9	
	Doença do aparelho circulatório	3	1,2	1	1,7	
	Doença do aparelho respiratório	0	0	1	1,7	
	Outros achados	5	2,0	14	23,7	
	Nenhum achado em exame médico	235	91,8	1	1,7	
	Acidentes de trabalho registrados	Nenhum	230	89,8	52	
Um		24	9,4	6	10,2	
Dois		2	0,8	1	1,7	
Sorologia anti- HBsAg	Negativo	31	12,1	5	8,5	0,259
	Positivo	179	69,9	44	74,6	
	Sem resultado	46	18	10	16,9	
Relato de presença de dor	Não	62	24,2	1	1,7	0,000
	Sim	115	44,9	42	71,2	
	Não respondeu	79	30,9	16	27,1	

Testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher

*nível de significância = 5%

** Apenas um trabalhador foi considerado inapto e não foi apresentado no teste

Para contemplar os objetivos do estudo, foram realizadas análise de regressão logística univariada e múltipla para identificar os fatores associados ao absenteísmo classificado em sem e com afastamento no ano, e nas categorias sem afastamento, até 15 dias de afastamento e mais de 15 dias de afastamento, como também a associação entre as variáveis do estudo e com variável dependente aptidão para o trabalho. Conforme podemos observar na Tabela 14, a idade menor ou igual a 40 anos (valor-p 0,0514), apresentando relação com a ausência por afastamento

para tratamento médico com uma razão de chance de ocorrer tal afastamento para essa faixa etária de 1,569 Odds Ratio (OR) com intervalo de confiança de 95%. A análise também foi realizada com resultados de significância abaixo de 5% para situação conjugal, hábito de fumar conforme Tabela 14. Relativo às características do trabalho, não houve correlação com nenhuma variável. Durante o exame médico, alguns trabalhadores foram diagnosticados com doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, transtornos psíquicos, doenças respiratórias, circulatórias e outros achados. As chances de ocorrer afastamento para quem teve algum tipo de doença identificada foi de 1,729 (valor-p 0,039). Dos trabalhadores com restrição laboral, o estudo mostra que há chance de ocorrer o afastamento de 2,49 dos demais.

Tabela 14. Frequência e Odds Ratio das variáveis idade, situação conjugal, hábito de fumar, resultado do exame médico, CID exame médico e presença de dor em relação à ocorrência do absenteísmo, 2007. Campinas, SP.

Variáveis	Níveis de comparação	p-valor	OR	IC 95%
Idade	≤ 40	0,0514	1.569	0,997-2.470
Situação conjugal	Em união	0,0390	1.633	1.025-2601
Hábito de fumar	Fuma	0,0310	1.995	1.065-3.736
Aptidão para o trabalho	Restrição laboral	0,0036	2.490	1.347-4.604
CID exame periódico	Patologias identificadas ao exame médico	0,0399	1.729	1.025-2.915

*OR= Odds Ratio; **IC= Intervalo Confiança; O processo de seleção das variáveis foi o Stepwise Logístico.

Apresenta-se na Tabela 15, sobre a aptidão para o trabalho, que houve 22,6 vezes chances dos trabalhadores com restrição laboral de apresentar dor, 1,6 vezes com mais de 40 anos, 2,4 vezes para o sexo feminino e 2, 4 vezes mais de se afastar que os demais (tabela 14).

Tabela 15. Análise descritiva das variáveis com nível de significância menor 5% da amostra do estudo em relação à aptidão para o trabalho (com restrição), 2007. Campinas, SP.

Variável	Nível de comparação	P Valor	OR	IC 95%
Presença de dor	Refere dor	0.0023	22.64	3.043 – 168.444
Absenteísmo	Teve afastamento	0.0036	2.490	1.347 – 4.604
Idade	> 40 anos	0.1020	1.649	0.9050- 03.003
Sexo	Feminino	0.0461	2.486	1.016 – 6.082

*OR= Odds Ratio; **IC= Intervalo Confiança; O processo de seleção das variáveis foi o Stepwise Logístico.

Na Tabela 16, as variáveis em relação à ocorrência ou não do absenteísmo, considerando a categorização por faixas de afastamento (com e sem afastamento), identificando-se os trabalhadores pela condição de saúde apresentada ao exame periódico em 2007.

Tabela 16. Análise descritiva das variáveis com nível de significância menor 5% em relação ao absenteísmo categorizado com e sem afastamento, 2007. Campinas, SP

Variável	Nível de comparação	*P Valor	OR	**IC 95%
Presença de dor	Refere queixa de dor	0.0180	2.089	1.135-3.848
Hábito de fumar	Fuma	0.0306	2.192	1.076-4.464

*OR= Odds Ratio; **IC= Intervalo Confiança; O processo de seleção das variáveis foi o Stepwise Logístico; Quem se afasta n=114 e, sem afastamento, n=95.

Analisando as variáveis com nível de significância inferior a 5%, observa-se que os trabalhadores com menos de 40 anos, tabagistas e com restrição laboral, normalmente se afastam até 15 dias e mais de 15 dias. Destacamos que os trabalhadores com restrição laboral apresentaram 3 vezes mais chances de se afastar que os demais. (Tabela 17).

Tabela 17. Análise descritiva das variáveis idade, presença de dor e aptidão ao trabalho em relação ao absenteísmo categorizado em nenhum afastamento, até 15 dias e maior que 15 dias, 2007. Campinas, SP.

Variável	Nível de comparação	P Valor	OR	IC 95%
Idade	Menor de 40 anos	0.0310	1.594	1.043 - 2.434
Presença de dor	Refere dor	0.032	2.061	1.163 – 3.650
Aptidão para o trabalho	Com restrição laboral	<0.0001	3.036	1.770 – 5.209

*OR= Odds Ratio; **IC= Intervalo Confiança; O processo de seleção das variáveis foi o Stepwise Logístico.

4.4 Aspectos relativos ao perfil de atendimento do hospital

Com base nos dados referentes aos aspectos do perfil da população atendida no hospital, observa-se que a taxa de ocupação em 2007 foi de 82%; a média de permanência foi de 6,6 o acompanhamento mensal do absenteísmo da enfermagem distribuído por categoria profissional e da taxa de ocupação com a média de permanência.

O absenteísmo por licença para tratamento médico está distribuído em número de dias de afastamento. A taxa de ocupação foi calculada pela divisão do número de paciente e leitos por dia no período (mês a mês). A média de permanência foi calculada pela divisão do número de pacientes por dia pelas saídas no período (Tabela 18).

Tabela 18. Apresentação dos aspectos relacionados ao hospital como taxa de ocupação e média de permanência e do absenteísmo da equipe de enfermagem em dias de afastamento 2007. Campinas, SP.

Variável	Distribuição mensal ano 2007											
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Taxa de ocupação geral do hospital (%)	76,0	81,0	87,0	82,0	78,0	81,0	84,0	85,0	84,0	79,0	76,0	71,0
Tempo de permanência (média geral do hospital)	7,76	6,55	8,23	6,78	8,14	6,7	7,05	7,33	7,57	6,17	6,15	6,22
Total de afastamentos da enfermagem (dias)	1428	1885	2815	1697	847	2559	2414	2513	2494	2731	2461	2505

Nota: Taxa de ocupação: (Paciente/Dia no período)/(Leito/Dia no período); Média de Permanência: (Paciente/Dia no Período)/(Saídas no período); Total de afastamentos enfermagem: (Soma total de dias de licença médica por mês)

Pode-se observar o comportamento da proporção de afastamentos por licença médica distribuído por categoria da enfermagem, a taxa de ocupação e a média de permanência mês a mês. A partir do de setembro, a taxa de ocupação cai gradativamente, o que não ocorre com o absenteísmo. Certamente, outras variáveis relativas ao movimento do hospital poderiam dar mais consistência, mas é necessário pensar em formas de mensurar a complexidade dos postos de trabalho na área da saúde e, em especial, na área hospitalar (Gráfico 6).

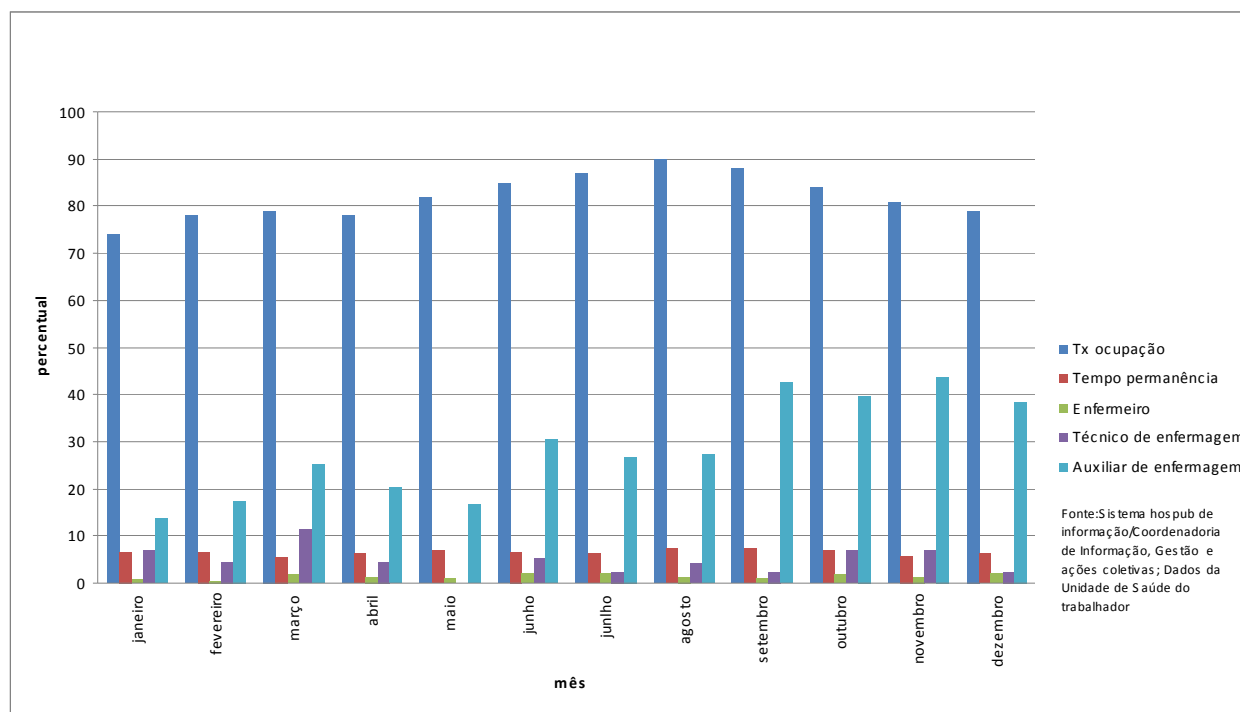


Gráfico 6. Acompanhamento da proporção de afastamento por licença médica, ocupação de leitos e média de permanência em 2007. Campinas, SP.

Análises rotineiras de absenteísmo são importantes no monitoramento das tendências sobre a saúde do trabalhador. A pesquisa buscou a associação entre as dimensões trabalhadas a partir das variáveis da população de 316 profissionais de enfermagem nas categorias enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

5.1 Característica pessoal e hábito de fumar

Os trabalhadores de enfermagem representam maior contingente numérico na área hospitalar. Historicamente, essa categoria representa parcela significativa dentro dos equipamentos de saúde, em especial nos hospitais que funcionam 24 horas. Há necessidade premente de um processo interativo, complementar e multiprofissional, contrapondo-se à fragmentação do saber como se procura discorrer na presente pesquisa ⁽⁴⁹⁾. Por mais que as tecnologias tragam inovações para a assistência, essa pode não repercutir diretamente na diminuição da sobrecarga sobre os profissionais operacionais da saúde ⁽⁵⁰⁾.

Os trabalhadores com mais de 40 anos afastaram-se menos que os mais jovens devido a licença médica, o que foi corroborado em estudo sobre a prevalência do absenteísmo em serviço público, no qual para amostra (n=92) na faixa etária de 40-49 anos, o afastamento foi de 30.6% e na de 30-39 anos (n=90) foi de 32,9% ⁽⁵¹⁾.

Estudos relatam que a participação feminina no orçamento doméstico tem-se intensificado cada vez mais. Infere-se que a partir dos resultados da pesquisa, na saúde também ocorre esse fator social como apresenta estudo realizado com professores(as) sendo a maior parte do sexo feminino e casada ⁽⁵³⁾.

É necessário que a política de recursos humanos das instituições reconheça as estatísticas para efeitos de dimensionamento de pessoal. Com relação aos reflexos no absenteísmo, mesmo sendo proporcionalmente maior o número de profissionais da enfermagem do sexo feminino no hospital estudado (80,4%), não ocorreu diferença significativa nos percentuais de ausência por indicação médica ou nos de trabalhadores com restrição laboral, contrapondo-se a investigação que relativizou a tendência da mão de obra feminina como a maior taxa de absenteísmo quando comparado ao homem⁽⁵²⁾. Esse fato chama a atenção, pois há evidências de características da feminização da enfermagem e do adoecimento da mulher. Investigação anterior refletiu sobre o fato de que por volta dos 45/50 anos de idade o número e a duração dos fatores não diferencia quando associado ao sexo, embora seja conhecido que as características físicas da mulher não se igualam às do homem⁽⁵²⁾.

A dupla jornada da mulher é uma realidade, associando a natureza do trabalho no hospital com características operacionais e das tarefas domésticas socialmente compreendidas no sexo feminino como já mencionado. Sugere-se, portanto, a realização de estudos futuros para aprofundarem pesquisas especificamente sobre a saúde do trabalhador do sexo feminino no setor da saúde poderão contribuir para busca de processos de trabalho que considerem essas variáveis.

A variável, hábito de fumar, apresentou nível estatístico de significância quanto ao tabaco como fator de maior vulnerabilidade na saúde dos trabalhadores para a associação, com a ausência por licença médica. Poucos são os dados sobre o impacto do hábito de fumar nos trabalhadores da área hospitalar. O tabagismo aumenta em 20 vezes o risco de câncer de pulmão entre os fumantes e isso independe do número de cigarros consumidos. Sobre a dimensão da característica pessoal e hábito de vida, nas análises da variável do situação conjugal, não houve significância nem para a ausência nem para a aptidão ao trabalho⁽⁵⁴⁾.

5.2 Característica do trabalho

A comparação entre os profissionais da equipe de enfermagem que se afastaram ou não, da proporcionalidade desse afastamento e do resultado da aptidão ao trabalho, mostra que não houve diferença significativa, com exceção da categoria de técnico de enfermagem que apresenta discreta significância, indicando maior afastamento, comparado às demais categorias. Esse dado é semelhante a investigação que apresentou elevada ausência dos técnicos de enfermagem por licença médica em comparação a outras categorias da enfermagem⁽⁴⁸⁾. Provavelmente, o resultado citado seria discutido com mais consistência e dados específicos sobre o processo de trabalho no ano de 2007.

O grupo de auxiliares de enfermagem foi destaque na amostra estudada devido aos vários aspectos, apresentando maior número de trabalhadores da amostra (84,8%), ou seja, a categoria com a maior taxa de absenteísmo (28,5%). A enfermagem, ao longo dos anos, está sujeita a transformações do modelo adotado pela Instituição. As tarefas, antes, eram distribuídas com base nos procedimentos. Teoricamente, na atualidade, a equipe faz parte do corpo multiprofissional do hospital e o trabalho está centrado na assistência integral ao paciente, mas, na prática, há todo um processo de trabalho com a equipe organizada verticalmente, cuja assistência está focada nos procedimentos e não no usuário.

Em pesquisa com abordagem qualitativa os autores referem que a saúde e seu desgaste trazem consequências ao coletivo e não apenas ao trabalhador como ator único do processo de adoecer. A organização social e a do trabalho estão envolvidas no processo de produção da saúde⁽⁵⁵⁾.

Durante o desenvolvimento da pesquisa houve ênfase quanto à possível vinculação de adoecer ou não, no contexto da organização do processo. A percepção do trabalhador de seu autocuidado e a necessidade de ter um espaço criativo para a realização de trabalho mais saudável são recomendáveis. A literatura, aponta estudos que abordam elementos sobre a

organização do trabalho, implicações dos fatores ergonômicos, excesso de trabalho ou carga psicossocial e a necessidade do trabalhador de estar vinculado como ator do seu processo de trabalho e sua saúde^(56, 57) As demais variáveis da dimensão tempo de serviço e hora extra não apresentaram nível de significância para a ausência por licença médica categorizada em ocorrência ou não do afastamento nem em análise da quantidade. Há escassez de estudos contemporâneos nacionais e específicos sobre o comportamento e o impacto da hora extra na organização e saúde dos trabalhadores de enfermagem. Em pesquisa longitudinal realizada nos Estados Unidos sobre o impacto de longas horas de trabalho e a relação com lesão ocupacional e doenças com acompanhamento por treze anos (1987-2000) foi identificado que trabalhadores expostos aos empregos com horas extras estavam associados à elevação de 61% na taxa de risco para lesão quando comparado aos que não realizavam hora extra⁽⁵⁸⁾.

Características como hora extra e trabalho foram apontados como fatores pontuais de risco para a saúde e segurança dos enfermeiros das Filipinas em 2007. Porém, a associação com outros fatores potenciais para o risco de adoecer apresenta nível de significância e 83% dos enfermeiros realizaram hora extra, além de trabalho diário excedente⁽⁶⁰⁾. Na presente pesquisa, foi identificado que 45% dos 316 sujeitos da pesquisa realizaram hora extra em 2007. Aponta-se para a necessidade do acompanhamento dessa variável como fator de impacto na política de recursos humanos e na saúde do trabalhador.

No que diz respeito à unidade de atuação do trabalhador, aqui designado eixo ou linha de cuidado, é necessário investigar dados sobre a organização e o processo de trabalho, pois foi identificada uma tênue diferença no eixo cirúrgico relativa à ausência do trabalhador por motivo de licença médica e relativo à aptidão, com tendência a maior porcentagem de trabalhadores com restrição laboral.

Os obstáculos no retorno ao trabalho após afastamento médico têm diversos aspectos que merecem apreciação. As transformações no contexto socioeconômico, familiar, condição física e envelhecimento funcional modificam os hábitos de vida dos indivíduos. Associados as

mudanças mencionadas à necessidade de lidar com sua potencialidade de forma diferente, interferem amplamente na organização pessoal e de trabalho dos sujeitos.

Quando ocorre a restrição laboral, em geral, é necessário dividir novamente o trabalho, para que o trabalhador lesionado possa atuar dentro de sua potencialidade. Em observação do ambiente pesquisado, os trabalhadores que vivenciaram restrição laboral referiram preconceito no trabalho, na medida em que suas atividades necessitavam ser alteradas ou adequadas, mesmo que temporariamente. Defende-se que a melhor alternativa para preservar o trabalhador, sua equipe e a própria Instituição é implantar a cultura de trabalhar com a potencialidade de cada um no coletivo, mesmo com a limitação laboral.

Estudo longitudinal realizado há mais de quinze anos na Suécia (1992 a 1995) sobre os motivos pelos quais profissionais da enfermagem deixavam a profissão identificou, em sua análise descritiva, que as mulheres, principalmente, as auxiliares de enfermagem estavam mais expostas a cargas de trabalho físico e à prevalência de doenças do sistema músculo esquelético⁽⁴⁷⁾.

Em uma Instituição que não conta com índice de reserva técnica, os obstáculos do processo de readaptação a esse novo momento podem implicar em sobrecarga para os demais. Investigação mostra que setores como central de material, centro cirúrgico e centro obstétrico nas quais ocorre maior porcentagem de absenteísmo por doença^(46, 62).

Estudos enfocam o trabalho na área saúde e o absenteísmo. Pesquisa sobre trabalho e saúde de enfermeiros, publicada em 2007, por pesquisadores dos Estados Unidos e

Filipinas, apresenta informações sobre as características das horas extras e trabalho apontados como potenciais de risco à saúde e segurança dos profissionais de enfermagem. Aponta, também, que as condições relacionadas ao modelo de atenção, do processo de trabalho, a organização da enfermagem por turno e as horas extras realizadas merecem aprofundamentos futuros com outros fatores, pois, isoladamente, essas variáveis não representaram níveis de significância para o estudo internacional⁽⁶⁰⁾.

Quanto a reabilitação profissional, foi observado que os trabalhadores adoecem diferentemente em relação ao local em que atuam, considerando a diversidade existente nas unidades de produção. E esse diferencial foi apresentado no eixo cirúrgico, ocorrendo maior número de trabalhadores em reabilitação.

Em relação ao comportamento do absenteísmo por categoria de enfermagem e a comparação com as taxas de ocupação e média de permanência, observa-se que, a partir de setembro, ocorre queda gradativa da taxa de ocupação, mas não do absenteísmo. O objetivo foi apresentar variáveis sobre aspectos do hospital que pudessem dar mais consistência ao absenteísmo, uma vez que o trabalhador está intimamente relacionado com a produção, que no hospital, poderá ser representado por taxas de ocupação e média de permanência. Aponta-se a necessidade de valorizar indicadores relativos a atenção e gestão, associando-os com as variáveis de estudo sobre a saúde dos trabalhadores. Preliminarmente, o estudo apóia dados já mencionados no capítulo anterior e aponta que a associação e o aprimoramento dos dados sobre os aspectos do hospital podem resultar em fortalecer a política de saúde do trabalhador na busca da promoção, prevenção e da reabilitação no trabalho^(48, 49).

Foram limitações do estudo a falta da aplicação de instrumentos de avaliação do grau de complexidade por unidade de produção para identificar a singularidade da ocorrência do absenteísmo em relação ao processo de trabalho.

5.3 Aspectos de saúde do trabalhador

Quanto à análise descritiva sobre a aptidão ao trabalho, observa-se que pessoas com mais de 40 anos têm mais restrição laboral, mas se afastam menos por licença médica. A restrição laboral poderá despertar o autocuidado pela conscientização e o indivíduo irá preservar-se em situações de risco, por ter vivenciado a possibilidade de atuar no contexto do labor de acordo com a sua possibilidade assim como conhecer seu estado da saúde. O relato de presença de dor (49.7%), ocorrido no exame médico periódico, apresentou o resultado de 0,04 no teste Qui-quadrado.

Estudo sobre fatores de risco e queixas osteomusculares em profissionais da saúde, em especial na enfermagem, identificou que enfermeiros não especializados, portanto, operacionais da enfermagem, com carga de esforço físico intenso apresentaram maior percentual de dor quando comparado às demais categorias⁽⁶³⁾. É importante destacar nesse aspecto, a relação da análise descritiva das doenças identificadas durante o exame médico periódico.

As doenças osteomusculares e as do tecido conjuntivo e transtorno psíquico limitaram mais os trabalhadores do que outras (doença do aparelho circulatório, respiratório e outras patologias agrupadas). Nesse caso, houve maior tendência para o afastamento por licença médica. Já as variáveis da mesma dimensão: acidentes de trabalho e cobertura sorológica apenas ilustram as características da população em estudo nesse ano de 2007. Revisão integrativa da literatura descreve que a doença osteomuscular, problema do cotidiano da categoria da enfermagem, é identificada como adoecimento dos trabalhadores e causa de absenteísmo em 13,04%, em relação a 17,39% sobre sofrimento mental. As exposições prolongadas aos fatores de risco podem favorecer o surgimento do adoecimento⁽⁶⁴⁾. Destaca-se que a análise da morbidade geral do hospital foi motivadora para aprofundar pesquisas sobre absenteísmo. Nos dados gerais, observou-se que 17% da população do hospital afastaram-se por doença osteomuscular e do tecido conjuntivo e 17% por transtornos mentais e

comportamentais. Quando selecionada a população para o estudo, essa tendência manteve-se, mas os resultados quanto à proporção de tempo perdido apontou para maior perda na faixa de afastamento inferior a 15 dias, reascendendo a necessidade de discutir o significado dos afastamentos de curto prazo para o trabalhador, para a saúde do trabalhador e para a gestão.

O estudo descritivo buscou nexos com fatores objetivos apresentados durante o exame médico periódico, mas o desfecho mostra-se insuficiente, pois não é possível deixar de pesquisar aspectos relacionados à organização do trabalho, clima e cultura organizacional que poderão afetar os indivíduos nas organizações hospitalares.

Estudar o absenteísmo no trabalho em instituição hospitalar é aprofundar aspectos subjetivos do encontro dos sujeitos, da importância atribuída aos espaços coletivos de produção e criação, bem como da possibilidade de participação dos trabalhadores na gestão e atenção ao usuário.

No serviço público não há um dispositivo de reposição imediata do contingente humano. A forma de ingresso é por concurso público. Apontamos para a necessidade de investimento no trabalhador como sujeito e no espaço de trabalho entendido como coletivo, para autopercepção da saúde e do processo de produção. Por assim dizer, no cotidiano dos hospitais, o absenteísmo é temido e taxado nas mais diversas dimensões das relações do trabalho.

Propõe-se um investimento em pesquisas sobre o impacto da organização do serviço na saúde, sobre a necessidade de instrumentos para classificação do grau de complexidade das unidades. Dessa forma, será possível reconhecer a singularidade do trabalho em todos os espaços, bem como do acompanhamento longitudinal do comportamento das horas extras na associação com o absenteísmo por adoecimento e com o absenteísmo em geral.

Os objetivos desta pesquisa foram caracterizar o perfil sociodemográfico, identificar as principais variáveis relativas à saúde dos trabalhadores, aspectos do trabalho dos profissionais da enfermagem, identificando a associação com o absenteísmo por causas médicas.

A amostra foi constituída de 316 profissionais de enfermagem que concluíram o exame médico periódico, apresentando cobertura de 59,3% de exames realizados. Essa escolha facilitou o enfrentamento das barreiras que um estudo transversal documental apresenta frente à coleta de dados.

O perfil da amostra foi composto, em sua maioria, por mulheres (80,4%), não fumantes e com idade maior de 40 (58,5%).

O perfil sociodemográficos representados pelos sujeitos estudados indica que algumas variáveis, mesmo não apresentando nível de significância estatística, na literatura, representam fatores importantes como a predominância do trabalho feminino, o envelhecimento funcional e as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo.

A maior probabilidade de afastamento médico ocorreu com trabalhadores fumantes, contabilizando 36% dos sujeitos.

A enfermagem maior categoria em número de trabalhadores da Instituição, é preocupante em relação ao absenteísmo por licença médica, enfermeiro 1,4%, técnicos de enfermagem 4,8% e auxiliar de enfermagem 28,5% ao ano.

Conclui-se que o processo de trabalho da categoria auxiliar de enfermagem merece mais atenção por parte da saúde do trabalhador e a gestão hospitalar, considerando a importância de seu trabalho na assistência integral ao usuário e vulnerabilidade em que se

encontra. As atividades do auxiliar de enfermagem, na maioria, relacionam-se a esforço físico e carga emocional.

A principal causa de afastamento foi a doença osteomuscular por se referir à carga física, jornadas extensas e horas extras. Dos sujeitos da pesquisa, 44,6% realizaram horas extras ao longo de 2007. A análise descritiva do absenteísmo por faixas de afastamentos mostrou que os trabalhadores de enfermagem mais jovens afastam-se mais em um período de até quinze dias.

A democratização da gestão e atenção relaciona-se à ampliação do grau de oportunidade e das formas criativas de produzir saúde dentro do processo de trabalho, como aproveitar os espaços grupais existentes na instituição para discutir as organizações internas, colegiados gestores, grupos de trabalho de humanização (GTH) ou mesmo espaços de ginástica laboral. Conclui-se que as variadas possibilidades de participação na gestão e na atenção vêm ocorrendo na Instituição de pesquisa. Carece, porém, de participação dos trabalhadores e precisa empenho na divulgação e incentivo à participação. Há, como exemplo, o colegiado gestor das unidades, o colegiado dos gestores e os grupos de trabalho de humanização (GTH).

Assim, quando a pesquisa trabalha com os dados coletados durante o exame médico periódico, aponta-se limites sobre aspectos da saúde do trabalhador além da “medicina científica” e da causalidade dos sinais e sintomas orgânicos.

Os afastamentos deveriam ser relacionados com dados sobre os aspectos do hospital como taxa de ocupação de leitos, média de permanência e a associação com o absenteísmo, recomenda-se a necessidade de outros estudos.

Grande parte das situações ocorridas nos cotidianos é capilarizado por processos de relação interpessoal, produção, processo e organização do trabalho e modelo de gestão praticado. Como recomendação, indica-se que a abordagem do médico do trabalho seja

fortalecida no modelo da clínica ampliada do trabalhador como instrumento privilegiado, o fortalecimento da composição da equipe multiprofissional na Unidade de Saúde do Trabalhador e do modelo de equipe de referência como se define a Diretriz da instituição. A manutenção da clínica ampliada na saúde do trabalhador como eixo central de atuação da equipe oferece a oportunidade de aproximar um trabalho preventivo do trabalhador e da unidade de produção dos elementos da pesquisa.

Sustenta-se que a concepção da saúde do trabalhador biologicista seja insuficiente para atender a complexidade do adoecimento por causas relacionadas ao trabalho. A atuação da equipe de forma multiprofissional ganha potência para as ações de que a população do estudo necessita. Embora muitos estudos sobre nexos dos riscos existentes no ambiente de trabalho procurem explicar causas e possíveis buscas de prevenção, todas as variáveis juntas não dariam conta de justificar as consequências da fragilidade do estado de saúde de cada indivíduo.

A organização do processo de trabalho e o estabelecimento de indicadores para o acompanhamento das ausências por motivos médicos com vistas ao processo de trabalho (produtividade, dados da atenção e de gestão de pessoas) precisam ser investigados quando há o absenteísmo como forma de mensurar a saúde no trabalho.

Propõe-se investimentos em pesquisa sobre o impacto da organização do serviço na saúde dos seus trabalhadores sobre a necessidade de instrumentos para classificação do grau de complexidade das unidades. Dessa forma será possível reconhecer a singularidade do trabalho em todos os espaços, bem como do acompanhamento longitudinal do comportamento das horas extras, jornadas duplas, turnos de trabalho na associação com o absenteísmo por adoecimento e com absenteísmo em geral.

A questão norteadora demarcou a necessidade de ampliar os conhecimentos sobre o contexto saúde e trabalho, respondendo a hipótese de que há possibilidades de contribuir para

a saúde, considerando a organização do serviço e, conseqüentemente, a implicação dos limites institucionais. Os resultados confirmaram que uma proposta de saúde para o trabalhador com foco na prevenção, promoção e reabilitação, apresenta-se qualificada e eficaz na medida em que preza pelo conhecimento sobre o absenteísmo para além dos limites aqui ressaltado várias vezes como biologicista. O modelo de abordagem da Unidade de Saúde do Trabalhador contribuiu para o atendimento qualificado, singular, com foco no processo de trabalho, embora um serviço de reabilitação com essas características encontre limites dentro da organização do processo laboral, implicando nos índices significativos de afastamento de trabalhadores reabilitados para o trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Gomez CM, Thedim-Costa SMF. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva* [on-line]. 1999 [acesso em 2011 Mai 01];4(2):411-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200015&lng=pt.
- 2 Gehring Jr G, Corrêa Filho HR, Vieira Neto JDA, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. *Rev bras epidemiol* [on-line]. 2007 Sep [acesso em 2011 Apr 24];10(3):401-9.
- 3 Alves G. Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal: precarização do trabalho e redundância salarial. *Rev. Katálisis* [on-line]. 2009 Dec;12(2).
- 4 Sá DM. A voz do Brasil: Miguel Pereira e o discurso sobre o "imenso hospital". *Hist. cienc. saúde - Manguinhos* [on-line]. 2009 Jul [acesso em 2011 Apr 24];16(supl. 1):333-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16s1/16.pdf>.
- 5 Sá MC. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [on-line]. 2001 [acesso em 2011 Apr 24];6(1):151-164.
- 6 Padilha MICS, Mancia JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Rev Bras Enferm* [on-line]. 2005 Dec [acesso em 2011 May 01];58(6):723-6.
- 7 Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva* [serial on-line]. 2010 Aug [acesso em 2011 Apr 24];15(5):2.337-44.
- 8 Jackson Filho JM. Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. *Prod* [on-line]. 2004 Sep;14(3):58-66.
- 9 Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(4):863-70.
- 10 Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* [on-line]. 2005 Sep [acesso em 2011 May 01];10(3):561-71.

- 11 Souza, MASL. As novas configurações do trabalho em saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. *Texto & contexto*. 2010 Aug;9(2):3.334-44.
- 12 Ibañez N, Bittar OJNV, Sá ENC, Yamamoto EK, Almeida MF; Castro CGJ. Organizações Sociais de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [on-line]. 2001;6(2):391-404.
- 13 Barbosa NB. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [on-line]. 2010 Ago [acesso em 2011 Apr 24];15(5):2.497-506.
- 14 Foucault M. O nascimento do hospital. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1982. p. 99-111.
- 15 Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1342-1353, set-out, 2004.
- 16 Martins JT, Robazzi MLCC, Bobroff MCC. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. *Rev Esc Enferm USP* [on-line]. 2010 Dec [acesso em 2011 Apr 24];44(4):1.107-11.
- 17 Merlo, ARC; Lapis, NL. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicol Soc*. 2007 Apr;19(1).
- 18 Valle L. Castoriadis: uma filosofia para a educação. *Educ Soc* [on-line]. 2008 Aug;29(103).
- 19 Ceccim RB; Feuerwerke LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.
- 20 Lipscomb J, Trinkoff A, Brady B, Geiger-Brown J. Health Care System Changes and Reported Musculoskeletal Disorders Among Registered Nurses. *Am J Pub Health*. 2004 Aug; 94(8):1.431-5.
- 21 Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on-line]. 1999 [acesso em 2011 May 01];4(2):305-14.

- 22 Lins AM, Cecílio LCO. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências sociais para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2007 Dec;11(23):503-14.
- 23 Chiavenato I. Recursos Humanos: o capital humano das organizações. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 2004.
- 24 Alves D, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência e emergência. *Rev Bras Enferm*. 2006 Mar/Apr;59(2):195-200.
- 25 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n.189/1996. Estabelecem parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo; 2001. p. 144-51.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados [legislação on-line]. 2004 [acesso em 2007 Feb 15]. Disponível em: http://corensp.org.br/072005/legislacoes_busca.php?leg_id=10105&texto=.
- 26 Neto GV, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 825-839.
- 27 Bircher J. Towards a dynamic definitions of health and disease. *Med Health Care Philos*. 2005;8(3):335-341.
- 28 Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção a Saúde da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão-SUS. Trabalho e Redes de Saúde; 2009.
- 29 Osorio, C; Machado J M; Minayo-Gomez, C. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.21, n.2, pp. 517-524. ISSN 0102-311X.
- 30 Inoue KC, Matsuda ML, Silva DMPP, Ushimura TT, Mathias TAF. Absenteísmo-doença da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm* [on-line]. 2008 Mar/Apr;61(2):209-14.

- 31 Goelzer BIF. Contribuição da higiene ocupacional para redução e eliminação da nocividade no trabalho – patologia do trabalho. In: Mendes R (ed.). Patologia do Trabalho. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003;44:1.741-66.
- 32 Ministério do Trabalho e Emprego. 2010 [Janeiro 2011]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/default.asp.
- 33 Campos GWS. Apoio matricial e equipe de referência: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc Saúde Coletiva.1999;4(2):01-10.
- 34 Prefeitura de Campinas SP, Secretaria Municipal de Saúde. Apoio matricial ao Projeto Paidéia. 2001 [junho 2010]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br>.
- 35 Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev. Latino-Am. Enfermagem [on-line]. 2000 Dec; 8(6):96-101.
- 36 Schout D; Novaes H M D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 935-944. ISSN 1413-8123.
- 37 Ministério da Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br/ Secretaria da Atenção a Saúde.Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de Cuidado; 2010.
- 38 Estudo transversal e/ou longitudinal. Rev Para Med [on-line]. 2006 Dec [acesso em 2011 Maio 01];20(4):5-5. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000400001&lng=pt.
- 39 Abramides, MBC; Cabral, MSR. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 17, n. 1, Mar. 2003 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>.
- 40 Abrahão AL. Colegiado gestor: uma análise das possibilidades de autogestão em um hospital público. Ciênc saúde coletiva [on-line]. 2008 Feb [acesso em 2011 May 01];13(1):95-102.
- 41 Prefeitura Municipal de Campinas, Biblioteca Jurídica. Lei No. 11825 de 18 de Dezembro de 2003. Diário Oficial do Município. 2006 Dec 19 [Junho 2010]. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/bibjuri/r02-30052006.htm>.
- 42 Tabachnick BG, Fidell LS. Análise estatística. In: Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. 4ª ed. Needham Heights (MA, USA): Allyn & Bacon; 2000.

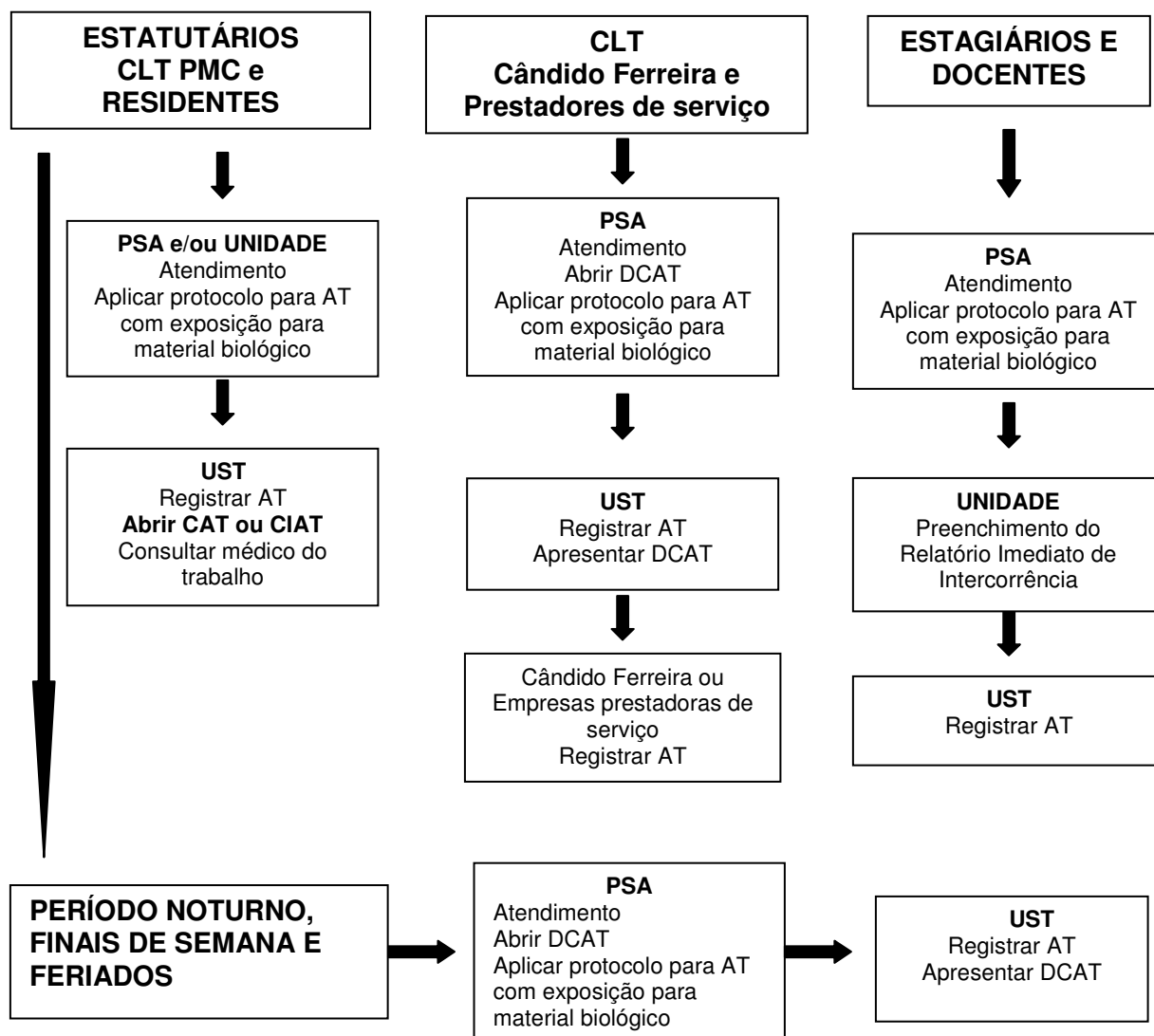
- 43 Hospital Municipal Doutor Mário Gatti; Sistema Informatizado Banco de Dados e Censo Diário das Unidades de produção; Coordenadoria de Informação e Informatização do Hospital. Campinas; 2007. [acesso interno].
- 44 Hospital Municipal Doutor Mário Gatti. Sistema CONSIST e banco de dados sistema excell da Unidade de Saúde do Trabalhador. Campinas; 2007.
- 45 Pessoto UC, Nascimento PR, Heimann LS. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. Cad Saúde Pública [on-line]. 2001 Feb [acesso em 2011 May 01];17(1):89-97.
- 46 Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landroni MAS, Waldman CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. Rev Saúde Pública [on-line]. 2002 Aug [acesso em 2011 May 01];36(4):108-16.
- 47 Fochsen G, Josephson M, Hagberg M, Toomingas A, Lagerström M. Predictors of leaving nursing care: a longitudinal study among Swedish nursing personnel. Occup Environ Med. 2006 Mar;63(3):198-201.
- 48 Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VEA, Fugulin FMT, Baptista PCP, Ciampone MHT et al. Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. Rev Esc Enferm USP [on-line]. 2009 Dec [acesso em 2011 May 01];43(esp. 2):1.277-83.
- 49 Barata LRB, Bittar OJNV, Magalhães A, Alves S A, Carvalho ERAP. Comparação de grupos hospitalares no Estado de São Paulo. RAS. 2009 – Vol. 11, No. 42 Jan-Mar.
- 50 Silva DMPP, Marziale MHP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Acta Sci, Health Sci. 2003;25(2):191-7.
- 51 Andrade TB, Souza MGCS, Simões MPC, Andrade FB. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do Serviço Público. Sci Med. 2008;18(4):166-71.
- 52 Steagall-Gomes DL, Mendes IJM. A força de trabalho da mulher. Acta Paul Enf. 1995Jan; 8(1):61-74.
- 53 Vedovato TG, Monteiro MI. Perfil sociodemográfico e condições de saúde e trabalho dos professores de nove escolas estaduais paulistas. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):290-7.

- 54 Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev psiquiatr clín.* 2005 Oct;32(5):282-300.
- 55 Azambuja EP, Pires DEP, Vaz MRC, Marziole MH. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? *Texto Contexto Enferm.* 2010 Oct; 19(4):658-66.
- 56 Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico on-line]. 2006 [acesso em 2011 Maio 01];14(4):517-55.
- 57 Jhun H-J, Cho S, Park J-T. Changes in job stress, musculoskeletal symptoms, and complaints of unfavorable working conditions among nurses after the adaptations of a computerized order communication system. *Int Arch Occup Environ Health.* 2004;77(5):363-7.
- 58 Dembe AE, Erickson JB, Delbos RG, Banks SM. The impact of overtime and long work hours on occupational injuries and illnesses: new evidence from the United States. *Occup Environ Med.* 2005; 62:588-597.
- 59 Becker SG, Oliveira MLC. Estudos do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008;16(1):109-14.
- 60 Castro AB, Fujishiro K, Rue T, Tagalog EA, Samaco-Paquiz LPG, Gee GC. Associations between work schedule characteristics and occupational injury and illness. *Int Nurs Rev.* 2010 June;57(2):188-94.
- 61 Toldrá RC, Daldon MTB, Santos MC, Lancman S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.* 2010; 35;10-22.
- 62 Laus AM, Anselmi ML, Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escola. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(4): 681-9.
- 63 Bos E, Krol B, Star L, Grootho J. Risk factors and musculoskeletal complaints in non-specialized nurses, IC nurses, operation room nurses, and X-ray technologists. *Int Arch Occup Environ Health.* 2007;80(3):198-206.

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

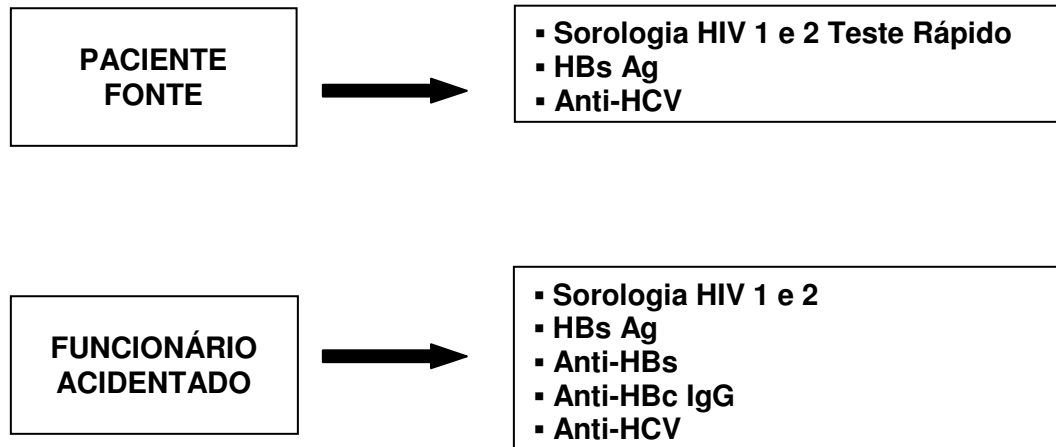
UST – UNIDADE DE SAÚDE DO TRABALHADOR

FLUXOGRAMA DE ACIDENTE DE TRABALHO



UST – UNIDADE DE SAÚDE DO TRABALHADOR

ACIDENTE DE TRABALHO PROTOCOLO DE EXAMES LABORATORIAIS



UNIDADE DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Profissional responsável pela avaliação:				
Restrição: () Def. () Temp.	Tempo de Restrição: () 1 mês () 2 meses () 3 meses		Data de Término: ____/____/____	Tipo Restrição:
CID 1:	CID 2:	CID 3:	IMC:	
Vacinação:	() Tétano	() Hepatite	() ambos	Sorologia: () + () -

1. Data: ____/____/____
2. Nome: _____ Matrícula: _____
3. Idade: () 18/30a () 31/40a () 41/50a () 51/60a () 61/70a () mais de 70 a
4. Grau de escolaridade: () Ens. Fundamental () Ens. Médio () Graduação () Pós-graduação
5. Situação conjugal: () solteiro(a) () casado(a) () união estável (há mais de 2 anos juntos)
() separado(a) () divorciado(a) () viúvo(a)
6. Setor: _____ Função: _____
7. Turno: () diurno () noturno () ambos
8. Maior período trabalhado nos últimos 2 anos: () diurno () noturno
9. Tempo de trabalho na área de saúde?
() menos de 2 anos () 2 a 5 anos () 5 a 10 anos () 10 a 15 anos () mais de 15 anos
10. Tempo de trabalho no HMMG?
() menos de 2 anos () 2 a 5 anos () 5 a 10 anos () 10 a 15 anos () mais de 15 anos
11. Tem outro emprego? () 0 () 1 () 2 () mais de 2
12. Em quais turnos? () diurno () noturno () ambos
13. Estuda no momento? () Sim () Não
14. Se sim, curso: Ens. Fundamental () Ens. Médio () Técnico () Graduação () Pós-graduação
15. Período? () diurno () noturno
16. Tem filhos? () 0 () 1 a 2 () 3 ou mais
18. Mora: () só () com família () outros

19. Antecedentes pessoais			
1. Fuma?	() sim () não	1. Trata?	() sim () não
2. Bebe? () às vezes	() sim () não	2. Trata?	() sim () não
3. Tem dor na coluna?	() sim () não	3. Trata?	() sim () não
4. Tem dor em alguma articulação?	() sim () não	4. Trata?	() sim () não
5. Toma remédio para dor de cabeça mais que 1 vez por mês?	() sim () não	5. Trata?	() sim () não
6. Tem pressão alta?	() sim () não	6. Trata?	() sim () não
7. Tem diabetes?	() sim () não	7. Trata?	() sim () não
8. Tem câncer?	() sim () não	8. Trata?	() sim () não
9. Tem tuberculose?	() sim () não	9. Trata?	() sim () não

0. Tem doença cardíaca?	() sim () não	10. Trata?	() sim () não
11. Tem doença vascular?	() sim () não	11. Trata?	() sim () não
12. Tem doença respiratória?	() sim () não	12. Trata?	() sim () não
13. Toma calmantes ou antidepressivos frequentemente?	() sim () não	13. Trata?	() sim () não
14. Você já fez tratamento psiquiátrico?	() sim () não		
15. Outros:		15. Trata?	() sim () não

20. Antecedentes familiares (marque com um “x” se for positivo para parentes de 1º grau – pai, mãe, tios, avós, irmãos, primos):

() Hipertensão () Problema psiquiátrico () Fumo () Diabetes () Alcoolismo () Drogas () Câncer

() Outros: _____

End: _____ Fone _____

Parecer da Comissão de Ética

Aprovado pelo projeto nº 010/10CEP HMMG



O Comitê de Ética em Pesquisa deste hospital, que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CNS/MS sob o registro 25000.061914/2005-91 analisou:

Projeto nº CEP: 010/10

CAAE:

Título: ANÁLISE DA MORBIDADE DOS TRABALHADORES DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Pesquisadores Responsáveis / Orientadores: Luzia Sandra de Paula Romano. Orientador: Prof. Dra. Maria Inês Monteiro.

Pesquisadores Executantes: Luzia Sandra de Paula Romano.

Instituição de Origem: Hospital Municipal Dr. Mario Gatti.

Instituição de Pesquisa: Hospital Municipal Dr. Mario Gatti.

CEP Principal: CEP-HMMG.

Classificação Temática: grupo III; área de conhecimento: 4.00 – Ciências da Saúde, 4.04 – Enfermagem/Diagnóstico.

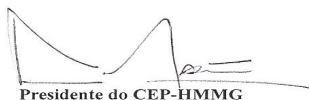
Data Prevista de Término: 02/2011.

Este trabalho foi avaliado pelos relatores do CEP e discutido em plenária no dia 11/05/2010, tendo sido reavaliado após correções em 13/07/2010 e considerado APROVADO, conforme parecer consubstanciado em anexo, seguindo as diretrizes e normas nacionais e internacionais, especialmente as resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto de pesquisa poderá ser iniciado a partir deste momento. Toda e qualquer alteração ou qualquer evento adverso verificado em decorrência de seu desenvolvimento deverão ser documentados e enviados imediatamente ao CEP-HMMG.

O pesquisador se compromete ainda a encaminhar a este CEP os relatórios semestrais de acompanhamento da implantação deste projeto, sendo o primeiro deles dentro de seis meses a contar desta data.

Campinas, 13/07/2010


Presidente do CEP-HMMG

Dra. Lenita Nogueira Martins
Presidente do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEP - H.M.M.G.

Ciência do pesquisador:

Declaro que recebi este documento em _____ e me comprometo a cumprir as determinações relativas à comunicação formal a este CEP de alterações e eventos adversos e à necessidade de entrega de relatórios periódicos de acompanhamento deste projeto.

Pesquisador / data

Av Prefeito Faria Lima, 340
Parque Itália, Campinas, SP
(19) 3772-5894 (19) 3772-5745
hmmg.cep@campinas.sp.gov.br
www.hmmg.sp.gov.br