



TELMA TEREZINHA RIBEIRO DA SILVA

**ABSENTEÍSMO DE TRABALHADORES DE
MANUFATURA ASSOCIADO À QUALIDADE
DE VIDA E SATISFAÇÃO NO TRABALHO**

**CAMPINAS
2014**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

TELMA TEREZINHA RIBEIRO DA SILVA

**ABSENTEÍSMO DE TRABALHADORES DE MANUFATURA
ASSOCIADO À QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO NO
TRABALHO**

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Monteiro

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
TESE DEFENDIDA PELA ALUNA TELMA TEREZINHA
RIBEIRO DA SILVA E ORIENTADA PELA PROF[^]DR[^]
MARIA INÊS MONTEIRO.**

Assinatura da Orientadora

Campinas, 2014

Unidade BCC 1
T/UNICAMP

RR. 1279 Resto

Cutter 5038a
V. _____ Ed. _____
Tombo BC 105665
Proc. 16-195-14
C _____ D _____ X _____
Preço 2811,00
Data 24/10/14
Cód. tit. 934043

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Si38a

Silva, Telma Terezinha Ribeiro da, 1963-
Absenteísmo de trabalhadores de manufatura
associado à qualidade de vida e satisfação no trabalho /
Telma Terezinha Ribeiro da Silva. -- Campinas, SP :
[s.n.], 2014.

Orientador : Maria Inês Monteiro.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Qualidade de Vida. 2. Absenteísmo. 3. Satisfação
no trabalho. 4. Condições de trabalho. 5. Saúde do
trabalhador. I. Monteiro, Maria Inês, 1957-. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Manufacturing workers absenteeism associated with quality of life and job satisfaction

Palavras-chave em inglês:

Quality of life

Absenteeism

Job satisfaction

Working conditions

Occupational Health

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Doutora em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Maria Inês Monteiro [Orientador]

Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

Vanda Elisa Felli

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Roberto Vilarta

Data de defesa: 20-05-2014

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

TELMA TEREZINHA RIBEIRO DA SILVA

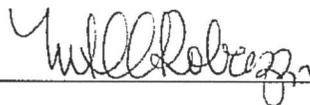
Orientador (a) PROF(A). DR(A). MARIA INÊS MONTEIRO

MEMBROS:

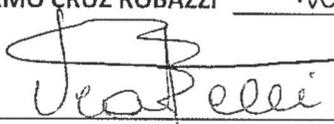
1. PROF(A). DR(A). MARIA INÊS MONTEIRO



2. PROF(A). DR(A). MARIA LÚCIA DO CARMO CRUZ ROBAZZI



3. PROF(A). DR(A). VANDA ELISA FELLI



4. PROF.DR. HELENO RODRIGUES CORRÊA FILHO



5. PROF.DR. ROBERTO VILARTA



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

Data: 20 de maio de 2014

201424796

RESUMO

Título: Absenteísmo de trabalhadores de manufatura associado à qualidade de vida e satisfação no trabalho.

Introdução: A avaliação do absenteísmo e suas causas nas organizações demonstradas em estudos científicos apontam para um cenário de multicausalidade, envolvendo aspectos sociodemográficos, da qualidade de vida e seus domínios e do comportamento organizacional. **Objetivo:** Identificar as variáveis sociodemográficas, do comportamento organizacional e da qualidade de vida associadas ao absenteísmo em trabalhadores de empresa que atua na área de manufatura eletrônica. **Métodos:** Trata-se de estudo epidemiológico transversal de uma população com amostra representativa (n=536) trabalhadores de empresa de manufatura de eletrônicos na região metropolitana de Campinas-SP que ocupavam, em 2011, o cargo de operadores de produção, agrupados conforme o número de faltas nos últimos doze meses. Foram utilizados questionários autoaplicáveis para coleta de dados sociodemográficos, sobre a qualidade de vida e a satisfação no trabalho. As associações entre variáveis foram analisadas por meio do teste qui-quadrado, análise de variância e co-variância. Foram utilizados modelos de regressão logística simples e um modelo múltiplo através do método *stepwise* de seleção de variáveis. **Resultados:** Faltar mais dias no trabalho esteve associado ao sexo feminino, segunda atividade e turno noturno, com os índices de qualidade de vida geral e domínios físico, psicológico e ambiente. O domínio Ambiente com as facetas, renda, lazer e aquisição de informações, contribuíram negativamente para a qualidade de vida em todos os grupos. As variáveis organizacionais, que compreendem desenho organizacional, realização e crescimento, processos organizacionais e características do trabalho demonstraram correlação entre satisfação no trabalho e absenteísmo. **Conclusão:** As causas do absenteísmo compreendem variáveis multifatoriais de caráter individual e

organizacional. Os estudos recentes sobre este assunto sugerem que as organizações utilizem processos, métodos científicos e base teórica consistente a fim diagnosticarem adequadamente os fatores envolvidos e estabelecer políticas e processos que contribuam efetivamente para a melhoria da qualidade de vida no trabalho.

Linha de pesquisa: Trabalho, Saúde e Educação.

Descritores: Qualidade de vida, condições de trabalho, satisfação no trabalho, absenteísmo, saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Título: Manufacturing workers absenteeism associated with quality of life and job satisfaction.

Introduction: The evaluation of absenteeism causes in organizations demonstrated in many scientific researches a scenario of multiple causes, involving socio demographic characteristics, quality of life and their domains and organizational behavior aspects.

Objective: To identify the sociodemographic variables of organizational behavior and quality of life associated to absenteeism among workers in a company which operates in the field of electronic manufacturing.

Methodology: It is a cross-sectional epidemiological study with a representative sample (n=536) of employees of an electronics manufacture company in Campinas-SP metropolitan area that occupied, in 2011, the assembly lines operators, grouped based on the number of absences in the last twelve months. Self-administered questionnaires to collect data on sociodemographic and quality of life and job satisfaction were used. The associations between variables were analyzed by chi-square test, analysis of variance and covariance. Models of simple and one multiple logistic regression model through the stepwise variable selection method were used. **Results:**

Being absent more days at work was associated to female gender, second job, night shift, general quality of life (physical, psychological and environmental domains). The Environment domain, with the income, leisure and information acquisition aspects, contributed negatively to the quality of life in all groups. The organizational variables, which include organizational design, development and growth, organizational processes and job characteristics, demonstrated correlation between satisfaction on the job and absenteeism. **Conclusion:** The causes of absenteeism include multifactorial variables of individual and organizational character. Recent studies on this subject advise that the organizations use processes, scientific methods and consistent theoretical basis in order

to diagnose adequately the factors involved and establish policies and processes that contribute effectively to the improvement of quality of life at work.

Line of research: Work, Health and Education.

Keywords: Quality of life, work conditions, satisfaction at work, absenteeism, workers' health.

SUMÁRIO

Apresentação.....	1
1. INTRODUÇÃO	7
1.1. Justificativa	8
1.2. Globalização, precarização do trabalho e saúde do trabalhador	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1. Organização, psicodinâmica e centralidade do trabalho	17
2.2. Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e comportamento organizacional	23
2.2.1. Comportamento Organizacional	25
2.3. Cidadania Organizacional e flexibilização do trabalho	30
2.3.1. Absenteísmo	36
2.4. Promoção de saúde, estilo de vida e bem-estar	44
2.4.1. A área de Saúde do Trabalhador.....	48
2.4.2. Indicadores da qualidade de vida	53
2.4.3. Indicadores de Qualidade de Vida no Trabalho – QVT	56
2.4.4. Indicadores de bem estar e estilo de vida.....	61
3. OBJETIVOS	67
3.1. Objetivo geral.....	67
3.2. Objetivos específicos	67
4. METODOLOGIA.....	71
4.1. Tipo de estudo	71
4.2. Caracterização do local de estudo	71
4.3. Aspectos éticos.....	73
4.4. População do estudo	73

4.4.1. Critérios de inclusão	73
4.4.2. Critérios de exclusão	74
4.5. Procedimentos de coleta de dados	75
4.5.1. Instrumentos de coleta de dados	75
4.6. Análise estatística	77
4.6.1. Cálculo e transformação das variáveis	77
5. RESULTADOS	83
5.1. Dados gerais sociodemográficos	83
5.2. Análise das variáveis WHOQOL-Bref.....	87
5.3. Análise das variáveis da escala de satisfação no trabalho (OSI) e capacidade atual para o trabalho	91
6. DISCUSSÃO	99
7. CONCLUSÃO	117
8. REFERÊNCIAS	123
8.1. Bibliografia	134
ANEXOS	137
APÊNDICE	149

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Elza,
Ao meu pai Luccas (*in memoriam*),
Ao meu esposo Sinval,
À Ana Clara, Mariana, Brenno e Bento pelo precioso tempo que deixamos de estar juntos
e a todas as pessoas que compartilham do meu dia a dia e me ajudam a ser uma
pessoa melhor.

A Professora Doutora Maria Inês Monteiro pela ética, atenção e respeito com que conduz
seus orientandos. Agradeço a oportunidade de estar junto ao seu grupo de estudo.

Ao querido Professor Doutor Roberto Vilarta, que me colocou novamente “nos
trilhos” da vida acadêmica sou eternamente grata. Para sempre em meu coração,
a generosidade de vocês é preciosa e devo-lhes todo o respeito e carinho. Muito

Obrigada!

Aos colegas e todos os professores da Faculdade de Enfermagem que fazem com que
tenhamos a oportunidade de compartilhar o conhecimento e crescermos juntos
enquanto profissionais e pessoas.

Ao amigo Marcos pela imprescindível parceria e ajuda na coleta de dados e ao Otávio
pelo incentivo e suporte ao longo de todo o percurso, sou igualmente grata.

Aos colaboradores que responderam a esta pesquisa e à liderança da empresa que
acreditou na possibilidade desta iniciativa em prol da saúde e bem estar de todos
os seus trabalhadores.

Tabela 1: Frequência dos grupos de funcionários de acordo com o critério de inclusão..	83
Tabela 2: Variáveis sociodemográficas e comparação entre grupos A, B, e C.....	85
Tabela 3: Análise de variáveis ajustado para Gênero.....	86
Tabela 4: Análise de variáveis ajustado para turno.	Error! Bookmark not defined.
Tabela 5: Análise de variáveis ajustado para segundo emprego. Error! Bookmark not defined.	
Tabela 6: Análise dos domínios do WHOQOL-Bref e comparação entre grupos.....	88
Tabela 7: Análise domínios do WHOQOL-Bref entre os grupos e pós-teste de Tukey... ..	88
Tabela 8: Associação entre variável gênero e domínios do WHOQOL-Bref.. ..	89
Tabela 9: Associação entre variável turno de trabalho e domínios do WHOQOL-Bref.. ..	89
Tabela 10: Associação entre variável segundo emprego e domínios do WHOQOL-Bref..	89
Tabela 11: Questões da Escala OSI, análise de Alpha de Cronbach.. ..	91
Tabela 15: Análise das Variáveis da escala de satisfação no trabalho (OSI). ..	92
Tabela 16: Descrição da Escala de Satisfação no Trabalho (OSI).. ..	94
Tabela 17: Análise Multinomial – Escala de Satisfação no Trabalho.....	94
Tabela 18: Análise de Regressão – Escala de Satisfação no Trabalho (OSI).....	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCE	Índice de Crown-Crisp Experimental
CGD	Carga Global da Doença
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DALY	Disability Adjusted Life Year
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPH	Índice de Pobreza Humano
IPM	Índice de Pobreza Multidimensional <i>MPI - Multidimensional Poverty Index</i>
ISOQOL	International Institute for Quality of Life Research
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde <i>WHO - World Health Organization</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
OSI	Occupational Stress Indicator
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
RMC	Região Metropolitana de Campinas
SIPS	Sistema de Indicadores de Percepção Social
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Project
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life Assessment
YLL	Years of Lost Life

Figura 1: Modelo de avaliação da qualidade de vida..... 53

Apresentação

Após 17 anos de atuação na área de Saúde do Trabalhador pude constatar que o Enfermeiro do Trabalho tem um papel muito importante nas organizações e sua contribuição para a preservação de um ambiente saudável no trabalho se desenvolve a partir das observações realizadas no atendimento aos trabalhadores e, a sua atuação permeia diferentes áreas das organizações, principalmente nas questões relacionadas à administração de pessoas, trabalho em equipe e preparação de lideranças, além da capacitação dos próprios trabalhadores para a preservação e melhoria de sua saúde.

Os estudos que ajudaram na construção desta tese iniciaram-se em 2004, quando realizei a primeira pesquisa sobre qualidade de vida dos trabalhadores nesta mesma empresa em minha dissertação de mestrado¹, sob orientação do Professor Dr. Roberto Vilarta. Nesta primeira pesquisa ficou evidente que a qualidade de vida estava relacionada a um constructo multidimensional, no qual o trabalho é uma parte importante e estruturadora.

Ao longo dos anos, trabalhando em empresas transnacionais, venho observando as dificuldades que se apresentam nas organizações frente à aceleração da globalização e competitividade entre as regiões do planeta, em especial em relação ao mercado asiático. Este processo, associado às questões socioeconômicas, as quais a sociedade enfrenta, tornou evidente a perda de poder da classe trabalhadora e o aumento da competitividade, do *turnover* e do absenteísmo. Entre outras consequências, o

¹ SILVA, TTR. Estratégias organizacionais para a promoção de saúde e qualidade de vida: avaliando a qualidade de vida no trabalho. [dissertation]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física: 2008. Disponível em: [HTTP://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000439634](http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000439634).

absenteísmo nas organizações aumentou sensivelmente, passando de um *benchmarking* de 2% ao mês para índices acima de 3,5% nos setores menos estáveis da economia.

No final de 2010, a empresa para a qual eu trabalhava solicitou à área de saúde do trabalhador um estudo a respeito do absenteísmo, visto que 62% destes eram justificados por atestados médicos. Após avaliarmos as principais causas do absenteísmo justificado por atestados médicos concluímos que aproximadamente 88% se referiam a diferentes diagnósticos para um mesmo trabalhador, eram afastamento de curta duração (um a dois dias) e, na maioria das vezes, obtidos em serviços de pronto atendimento.

Na investigação individual do absenteísmo, o diálogo dos trabalhadores na interlocução com a equipe de saúde denotava, por sua vez, aspectos relacionados a questões organizacionais e problemas de ordem social e econômica, delineando um possível comportamento de enfrentamento (no sentido de confronto).

A partir deste diagnóstico propus à empresa que autorizasse uma investigação técnica e científica apropriada antes de tomar medidas baseadas em observações, o que foi prontamente aceito. Tal pesquisa demandou a investigação de estudos de referência, sob a orientação da Professora Dr^a. Maria Inês Monteiro, e o projeto de pesquisa em si estruturou-se, então, na busca pela interface entre as variáveis que compreendem o comportamento organizacional e a qualidade de vida no trabalho.

Dentre as teorias de motivação contemporâneas, o modelo de características do trabalho proposto por Hackman e Oldham ⁽¹⁾ demonstrou-se o mais adequado para este estudo. Devo assumir que as dimensões essenciais do trabalho proposto neste modelo serviram de base para as teorias discutidas nas pesquisas de Swan, Moraes e Cooper ⁽²⁾

sobre o estresse no trabalho, responsáveis pela fundamentação do questionário *Occupational Stress Indicator (OSI)* validado no Brasil ⁽²⁾.

A fim de viabilizar a pesquisa, que deveria ser organizada e aplicada brevemente, optamos por utilizar uma das escalas da ferramenta (*Escala de Satisfação no Trabalho*) contendo 22 questões relacionadas aos comportamentos organizacionais, um questionário com dados sociodemográficos e o questionário WHOQOL-bref ⁽³⁾ para avaliação da qualidade de vida, opções anteriormente utilizadas ao longo de minha pesquisa de mestrado.

Como esperado, os resultados da pesquisa apontaram inúmeras oportunidades de melhoria em questões organizacionais e de qualidade de vida sobre as quais a empresa atuou pro-ativamente envolvendo equipe multidisciplinar e promovendo a melhoria dos indicadores de absenteísmo.

As intervenções propostas incluíram reestruturações em planos de carreira, programas de reconhecimento, treinamento, intensificação da participação dos funcionários em processos de decisão no trabalho, plano de comunicação entre outras ações.

INTRODUÇÃO

1. Introdução

Este estudo considera os referenciais teóricos necessários para a análise dos fatores que se relacionam ao absenteísmo no trabalho, levando em consideração que este pode ser utilizado como estratégia de enfrentamento aqui utilizado no sentido de confronto pelo trabalhador. Estes referenciais teóricos compreendem os aspectos sociais e demográficos, da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e, em especial, os fatores relacionados ao Comportamento Organizacional enquanto disciplina que sistematiza as ações e atitudes das pessoas nas organizações.

Por se tratar de tratar de absenteísmo de curta duração e alta frequência buscamos encontrar referências que explicassem o comportamento destes trabalhadores, que supomos estarem submetidos a fatores que poderiam ser dependentes de condições externas e ou vigentes dentro da empresa.

É importante considerar que o termo “Qualidade de Vida” vem sendo utilizado amplamente na literatura internacional, tornando-se popular na mídia e utilizado como referência para diversas iniciativas corporativas de saúde e bem estar. A abordagem da *Qualidade de Vida no Trabalho* (QVT) apresenta diferentes abordagens em relação à Qualidade de Vida relacionada à saúde, sendo que a primeira discute extensivamente o balanço entre o trabalho e os demais domínios da vida, considerando as regras sociais da organização, o estilo de vida e o equilíbrio entre vida pessoal e trabalho, conceitos amplamente difundidos nos estudos empreendidos por disciplinas como *Comportamento Organizacional*, *Psicologia Organizacional e Industrial* e *Psicodinâmica do Trabalho*.

A abordagem da *Qualidade de Vida relacionada à Saúde*² por sua vez, mais frequente nas pesquisas sobre o impacto das condições crônicas de saúde na qualidade de vida e ainda pouco utilizada no contexto da saúde do trabalhador, se propõe investigar os determinantes da saúde social em seus aspectos psicológico, ambiental, físico e até mesmo espiritual. Também compreende conceitos de Bem Estar e Estilo de Vida enquanto busca propor estratégias que consideram a inclusão do fator ambiente de suporte saudável sobre o comportamento do indivíduo e sua saúde.

Poderíamos sugerir aqui que a abordagem da *Qualidade de Vida no Trabalho* (QVT) tem uma conotação intrínseca aos aspectos da organização do trabalho, relações humanas e psicodinâmica do trabalho. De uma maneira complementar esta corrente teórica busca explicar, do ponto de vista individual e coletivo, os fatores que influenciam resultados na produtividade, na satisfação no trabalho, no estresse, no comprometimento organizacional, na satisfação com a organização como um todo e na rotatividade de empregados.

1.1. Justificativa

Pesquisas que demonstrem os aspectos multicausais do absenteísmo são importantes para que as organizações avaliem os aspectos motivacionais, da satisfação no trabalho, das relações interpessoais, da organização do trabalho e qualidade de vida e programem intervenções adequadas que resultem em bem estar dos trabalhadores e desenvolvimento organizacional.

Visto que o nível de absenteísmo está relacionado à produtividade nas organizações e, que pode ser visto como um importante “marcador” para o clima

²World Health Organization Quality of Life project - WHOQOL⁽³⁾

organizacional, esta análise é importante a fim de orientar a equipe de saúde para os aspectos envolvidos nas interfaces entre indivíduo (trabalhador) e sua percepção frente à organização.

Esta pesquisa tem o intento de demonstrar que certos fatores da empresa, sociais e aspectos individuais podem estar associados com a ausência de um indivíduo no trabalho, e que há uma clara associação entre absenteísmo, qualidade de vida e aspectos que influenciam a satisfação no trabalho.

Há uma carência em demonstrar as possíveis correlações existentes entres estas variáveis, pois apesar de frequentes na literatura internacional, os estudos sobre o absenteísmo e a correlação com a qualidade de vida, satisfação no trabalho e questões sociodemográficas são pouco frequentes no ambiente corporativo brasileiro. E são mais comuns nas instituições de saúde.

A Gestão do Absenteísmo é um tema muito vasto e abrangem as áreas de Teoria da Administração, como motivação, comportamento organizacional, satisfação no trabalho, comunicação, custos, análises e processos de registro. Devido à natureza ampla do assunto e as limitações da própria tese, a autora decidiu limitar o estudo nos fatores organizacionais, socio demográficos e da qualidade de vida relacionada à saúde. Esta opção foi feita mediante a discussão com a equipe de saúde a partir dos relatos dos trabalhadores coletados no ambulatório médico da empresa.

1.2. Globalização, precarização do trabalho e saúde do trabalhador

Considerando os números atuais sobre o desemprego mundial e as previsões para o mercado de trabalho, podemos inferir que um sistema econômico e social sustentável depende ainda de uma variedade de transformações. É consenso mundial, de acordo com o relatório do Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas ⁽⁴⁾, que empregos e trabalhos dignos são o objetivo central para o desenvolvimento das nações, sendo que a erradicação da pobreza somente é possível com a estabilidade no emprego e a oferta de trabalhos bem remunerados.

O trabalho não diz respeito somente a um fator necessário para a erradicação da pobreza, pois permite simultaneamente que homens e mulheres tenham autoestima melhores e sejam respeitados socialmente ^(4, 5), uma vez que o desemprego e a exclusão do mercado de trabalho acarretam o crescimento da iniquidade, estimulando a quebra da coesão social que reduz a confiança na liderança política e nas instituições de um país.

Além da preocupação com a falta de emprego, os estudos relacionados à organização do trabalho, sua evolução, seus contextos políticos e econômicos, incluem a discussão sobre a “precarização” do trabalho enquanto processo relacional ⁽⁶⁾ das perdas que ocorreram ao longo do tempo nas condições do mercado de trabalho caracterizado por empregos mais instáveis, inseguros e temporários que, somados à terceirização e associada a perdas de direito e redução do poder de negociação dos sindicatos, têm reflexos consequentes na vida dos trabalhadores ⁽⁷⁾.

Este modelo com tendência à precarização vem se organizando ao longo de décadas a partir, sobretudo, do fortalecimento das políticas neoliberais que prescrevem, dentre outros, a redução da intervenção estatal, a aceleração dos processos de

globalização e a consequente reestruturação da cadeia produtiva, cuja principal característica é o que chamamos hoje de “flexibilização”⁽⁷⁾ da mão de obra, conceito este que se aplica não só às características do trabalho, mas também das organizações empregadoras que se tornam mais “enxutas” e robustas em tecnologia informacional favorecendo, portanto, um maior controle no monitoramento dos processos e redução dos custos⁽⁸⁾ da produção.

O termo *globalização* está associado, portanto, a muitas mudanças que incluem a demanda por flexibilidade no trabalho, intensificação da competição e pressão por redução de custos, além de constantes ameaças de redimensionamento de mão de obra a partir, dentre outros, dos procedimentos de terceirização ⁽⁹⁾. Todo este cenário corrobora, portanto, para a percepção da perda de poder pelos trabalhadores e, conseqüentemente, perdas salariais e de benefícios.

De acordo com o relatório do “II Fórum Trabalho e Saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI” (2010), o trabalho precário encontra-se na interface entre o emprego e o desemprego que pressupõe um mecanismo regulatório e se manifesta das mais variadas formas para os trabalhadores, organizações produtivas e para o Estado em forma de adoecimento, absenteísmo e “presenteísmo” e concessão de benefícios previdenciários e acidentários.

Um outra característica do trabalho precário associado à saúde do trabalhador é o processo de terceirização pois, ao entregar parte de seus processos produtivos a fornecedores, as empresas tentam minimizar suas responsabilidades sobre a preservação da saúde, o registro e o monitoramento das doenças ocupacionais, processos pelos quais têm co-responsabilidade, em especial sobre a prevenção e a promoção da saúde de seus trabalhadores.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no âmbito de seu Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), realizou, no ano de 2011, a pesquisa intitulada *Percepção dos trabalhadores sobre intensidade e exigências no ambiente de trabalho*⁽¹⁰⁾ com 3.709 trabalhadores, delineando o seguinte cenário de empregabilidade: 34,11% dos entrevistados são “trabalhadores autônomos” (trabalhador por conta própria ou empregador); 45,97% são “subordinados formais” (empregado com carteira de trabalho assinada e servidor público-civil ou militar) e 19,92% são “subordinados informais” (empregado sem carteira de trabalho assinada).

Entre os destaques do perfil destes trabalhadores observamos que 41% escolheram a sua atividade profissional, sendo que a maioria destes está com vínculo de trabalho formal; 26,6% referem estar na atividade profissional porque depende dela para sobreviver e 18,4% tem a atividade profissional como transitória (subordinados informais e autônomos são a maioria nestas duas últimas categorias).

O relatório apresentado pela Organização Internacional do Trabalho junto ao Instituto Internacional de Estudos do Trabalho (2013)⁽¹¹⁾, *World of Work Report 2013: Repairing the economic and social fabric*, apontou um cenário de enfrentamento da crise econômica melhor na Ásia, nos países da África Subsaariana, América Latina e Caribe, os quais demonstram crescimento nas taxas de emprego e desenvolvimento da economia. O relatório também demonstrou que estes países conseguiram reduzir as desigualdades de renda, ainda que a partir de um nível de desigualdade bastante elevado, e que o sucesso de muitos desses países encontra-se em suas tentativas de realizar um processo de reequilíbrio estimulador das fontes domésticas de crescimento.

Esta, porém, não é a realidade de países de economia avançada como Austrália, Canadá, Nova Zelândia, República da Coreia do Sul, Estados Unidos da América e

Japão. Algumas destas economias têm conseguido recuperar parte dos empregos, com exceção da Europa que encontra hoje grandes desafios e apresenta uma crescente deterioração da perspectiva social que, ainda neste relatório, emerge com a previsão de um desemprego mundial da ordem de 208 milhões em 2015 (hoje em torno de 200 milhões), agravado pelos altos níveis de informalidade devido à falta de vínculo empregatício ⁽¹¹⁾.

Outra questão central apontada como uma importante medida para o surgimento de uma renda média que favoreça o crescimento econômico para o combate ao subemprego é a existência de políticas de salário mínimo, visto que 151 dos países avaliados não têm um sistema abrangente de remuneração mínima e que, nos países onde essa política existe, faz-se necessária uma gestão mais eficiente.

A macroeconomia é afetada, assim, de maneira significativa pelo crescimento do desemprego em longo prazo e pela pobreza infantil, trazendo custos econômicos significativos aos países. A condição de crédito insuficiente e a demanda produtiva fraca, associadas ao alto índice de desemprego, afetam o investimento, inviabilizando, sobretudo as pequenas empresas que representam uma parte considerável da oferta de trabalho.

Do ponto de vista macroeconômico é necessário, portanto, um esforço coordenado internacionalmente que suporte a demanda global de empregos, evitando a prática atual da austeridade com preços e divisas econômicas que acarretam mais desbalanceamento entre regiões e tornam necessários mais ajustes fiscais⁽⁴⁾.

REFERENCIAL TEÓRICO

2. Referencial Teórico

2.1. Organização, psicodinâmica e centralidade do trabalho

Questionamento macroeconômico à parte, quando nos voltamos ao ambiente de trabalho, no qual parte da população se encontra formalmente inserida, nos damos conta de um universo submetido a dinâmicas que frequentemente são percebidas pelos profissionais que atuam área de Saúde do Trabalhador e em algumas das áreas de Recursos Humanos.

Estas dinâmicas relacionadas à organização do trabalho foram descritas por pesquisadores e autores importantes como Alain Wisner, Louis Le Guillant, Christophe Dejour e tantos outros que os sucedem agora e que trouxeram à luz importantes questões colocadas a partir dos conhecimentos estabelecidos por tais autores nas áreas da *Ergonomia*, da *Psicologia* e da interface entre essas áreas proposta pela *Psicodinâmica do Trabalho*, respectivamente.

A *Ergonomia*, ciência que estuda os espaços e procedimentos do trabalho, tem como principal objetivo melhorar as condições de trabalho, a saúde do trabalhador e o espaço entre o *trabalho real* e o *trabalho prescrito* pelos seus diferentes procedimentos, sendo que é neste espaço que se encontram inúmeros incidentes, anormalidades e “quebras” que causam obstruções ao fluxo do trabalho, comprometendo de certa forma a sua organização ⁽¹²⁾.

Alain Wisner (1981) ⁽¹³⁾ estabelece a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) como a chave para a compreensão dos fatores da não adaptação dos trabalhadores devida,

sobretudo, ao hiato que se cria entre o que estes “supostamente fazem” e “o que eles fazem realmente”. Segundo o autor (p.12):

(...) os problemas de saúde que podem ter origem no modo de organização do trabalho estão ligados a três fontes principais de erros: 1. Uma representação incorreta das características da população real dos trabalhadores disponíveis. Isto é, idade, sexo, estado de saúde, nível de instrução, por vezes diferentes do idealizado por Taylor; 2. A transformação de previsões legítimas em normas de produção que devem ser realizadas [...] É tão frequente como perigoso procurar obter exatamente a produção prevista, de modo que os resultados econômicos sejam tão altos quanto previstos; 3. A ignorância profunda de inúmeros engenheiros e desenhistas a respeito das características psicológicas e fisiológicas do homem.

Segundo Dejour & Deranty⁽¹²⁾, o diálogo entre *Ergonomia* e *Psicanálise* resulta na avaliação de que o trabalhador cria estratégias, às vezes de alienação, que o mantém dentro de um padrão de “normalidade” diante dos conflitos entre o *trabalho real* e o *trabalho prescrito*, sendo que este enfrentamento também ocorre no espaço do coletivo de trabalhadores.

De um lado, a *Psicodinâmica do Trabalho* é uma abordagem clínica que se baseia na relação entre subjetividade, trabalho e ação; de outro, a *Psicanálise* sugere duas vias originais de investigação: primeiro, sobre o impacto das restrições de trabalho para além dos conflitos internos herdados desde a infância, relacionando-as ao funcionamento psíquico e à saúde mental, e, segundo, sobre os estudos das formas de inteligência e sensibilidade que indivíduos têm de desenvolver a fim de adquirir as habilidades necessárias para dominar o processo de trabalho⁽¹²⁾.

A contribuição desta corrente teórica é, então, a discussão sobre o trabalho como causador de doença mental em função dos confrontos do indivíduo e de sua coletividade frente aos constrangimentos organizacionais (psicodinâmica e psicopatologia do trabalho), agravados pelas transformações do trabalho que hoje, assustadoramente,

culminam em suicídios. Por outro lado não se restringe a esta discussão, mas coloca o trabalho, positivamente, como agente estruturador da personalidade, como fonte de prazer e responsável pela construção de um senso de saúde e autorealização. Entender como esta dinâmica ocorre e as condições específicas para uma e outra, se torna o objetivo das discussões sobre a centralidade do trabalho aqui empreendidas.

Ainda no mesmo texto os autores⁽¹²⁾ apresentam o tema “Centralidade do Trabalho”, já discutido em diversas áreas das ciências sociais sob diferentes perspectivas teóricas mas, em especial, apresentam os argumentos dos estudos sobre a divisão sexual do trabalho⁽¹⁴⁾. Os autores utilizam-se do contexto intelectual da Psicodinâmica do Trabalho e destacam, assim, quatro maneiras pela qual o trabalho pode ser fundamental para a formação da subjetividade e objeto de estudo.

Assim, afirmam que a subjetividade é formada em quatro áreas com as quais se relaciona a centralidade do trabalho: em relação à saúde do sujeito (psicológico); na estrutura das relações entre homens e mulheres (gênero); na relação com a comunidade (sociopolítico) e, finalmente, a centralidade do trabalho em relação à teoria do conhecimento (epistemológico)⁽¹⁴⁾.

A influência de estruturação do trabalho sobre a saúde mental do indivíduo é caracterizada, por sua vez, por dois processos principais: o que se desenrola em um nível estritamente individual e o processo que se desenrola no nível social⁽¹⁵⁾.

No processo individual, a Escola Dejouriana descreve o sofrimento como resultado do bloqueio da relação homem-trabalho, pois é no espaço entre o *real* e o *prescrito* que o trabalhador desempenha a sua criatividade, criando mecanismos e truques para subverter regras. A obstrução deste mecanismo é, portanto, o que gera o sofrimento. Se as regras e

os procedimentos forem seguidos ao pé da letra a produção se depararia com sérios problemas sendo, portanto, segundo o autor, o zelo com regras e procedimentos uma forma eficaz de “greve”⁽¹⁶⁾.

Outro importante conceito dentro da Psicodinâmica do Trabalho refere-se à carga psíquica. Atividades de montagem e/ou produção em série não permitem a livre atividade ou a articulação por parte do trabalhador com seu conteúdo. Desta maneira, sem espaço para a criação, a descarga psíquica é bloqueada, a energia psíquica aumenta e o trabalho torna-se fonte de desprazer e tensão.

É a partir daí que aparecem a astenia e a fadiga e, conseqüentemente, a patologia. A fadiga indica a existência da sobrecarga que incide sobre o aparelho psíquico ou somático. No aparelho psíquico, poderá produzir delírios (estrutura psicótica) ou doença somática (desorganização mental) em que se observam sintomas como câimbras, mialgias, palpitações, hipertensão arterial, entre outros⁽¹⁶⁾.

Em relação ao processo social, trata-se do reconhecimento nas relações específicas do *status* social ligado à profissão e também se baseia na qualidade da relação que o trabalhador mantém com o “real”. Este reconhecimento passa por testes de julgamento sobre a qualidade e a utilidade do trabalho realizado, sendo uma “técnica” de reconhecimento, por assim dizer, que apenas os pares podem fazer, uma vez que exige uma familiaridade com o *real* do trabalho e contribui na formação da *identidade* do trabalhador⁽¹⁷⁾.

A discussão da centralidade do trabalho coloca claramente, portanto, um aprimoramento da subjetividade na medida em que o trabalho oferece um

desenvolvimento criativo do sujeito sobre si mesmo, enquanto que a “precarização” e o desemprego não permitem que o indivíduo contribua em sociedade⁽¹⁴⁾.

Em relação à subjetividade relacionada ao gênero, Helena Hirata e Danièle Kergoat⁽¹⁴⁾ trazem à discussão os resultados da dominação dos homens, o quanto estes têm reservado para si as tarefas mais qualificadas e o maior *status* na hierarquia de poder. O trabalho, nesta discussão, é claramente o jogo de dominação e o meio pelo qual a dominação é justificada. Este padrão é agravado pela dominação do gênero masculino no ambiente e na divisão do trabalho e na economia doméstica⁽¹⁵⁾.

Qualquer atividade relacionada ao cuidado tende a ser, então, alocada para as mulheres. Além disso, as tarefas complexas envolvidas no cuidado geralmente sofrem a tendência de “naturalizar” as competências do gênero feminino. Para o homem, quanto mais bem sucedido for, maior a sua reafirmação no papel masculino, enquanto que com relação à mulher o sucesso profissional e as melhores qualificações podem desestabilizar a identidade de gênero e comprometer a relação com seu parceiro⁽¹⁶⁾.

No contexto sociopolítico o trabalho não envolve apenas a inteligência prática de um indivíduo, mas, principalmente, a inteligência de um coletivo, sendo a análise de inteligência envolvida no trabalho quase sempre empreendido sob a forma plural. Isso aponta para a importância de uma forma *deôntica* de atividade, a atividade de fazer regras para o trabalho^(15, 18), como uma condição mesma de trabalho.

O mesmo hiato entre as tarefas e a atividade, revelado pela ergonomia no caso do trabalho individual, existe também no caso da função de coordenação ou supervisão, isto é, em relação às instruções de organização do trabalho coletivo. Uma vez que a coordenação e ou supervisão existe para assegurar que as tarefas sejam cumpridas⁽¹⁵⁾.

Cooperação designa a elaboração de regras concretas de colaboração celebrada entre os trabalhadores para executar suas tarefas. Estas regras, que tornam a colaboração real possível, também criam uma competência coletiva que se acumula em uma luta para subverter as ordens e instruções de coordenação a fim de torná-las compatíveis com a realidade da situação de trabalho vivida. As regras de funcionamento coletivo são, portanto, regras técnicas que têm uma dimensão social irreduzível, especialmente porque desafiam a coordenação prescrita⁽¹⁸⁾.

Além disso, a partir da perspectiva interna para o trabalho coletivo, esta dimensão social da atividade deontica tem ainda outro aspecto visto que, a fim de produzir regras eficazes de trabalho, a cooperação exige um mínimo de consideração e convívio com os outros. De maneira que a cooperação baseia-se numa forma mínima da vida comunitária que pode ser exemplificada em um lema⁽¹⁹⁾: "O trabalho não é apenas produção, é também aprender a viver juntos".

Por outro lado, quando o senso de cooperação é destruído o trabalho pode levar a uma condição pior: a manipulação instrumental dos outros a ponto da escravidão ou até mesmo da tortura. Podemos dizer que as melhores, bem como as piores formas de política envolvem a mobilização das energias individuais que estão organizadas mais eficientemente em coletivos de trabalho. O bom funcionamento dos locais de trabalho busca educar indivíduos para formar uma opinião consensual, levando em conta pontos de vista diferentes, as capacidades e as necessidades de todos, de modo que locais de trabalho disfuncionais podem ser o nascedouro de um desrespeito radical dos pontos de vista e vulnerabilidade alheios⁽²⁰⁾.

O quanto isto é observado e se realiza nas organizações? Qualidade de Vida e seus domínios, a satisfação no trabalho se relaciona com estes referenciais teóricos? O absenteísmo é uma estratégia de enfrentamento a partir deste cenário?

Respostas a estas perguntas se constroem a partir de uma análise dos principais referenciais teóricos que se seguem neste texto. Porém, todos nos levarão a cenários complexos com inúmeras variáveis que demandam uma discussão articulada.

2.2. Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e comportamento organizacional

Qualidade de Vida nas organizações é resultado de um conjunto de disciplinas que envolve a administração de recursos humanos com as teorias de Desenvolvimento Organizacional, Psicodinâmica do Trabalho e Qualidade de Vida relacionada à Saúde propriamente dita. A qualidade de vida relacionada à saúde pode ser conduzida reunindo ferramentas educacionais, de monitoramento e, especialmente, com a criação de ambientes de suporte saudáveis como os fóruns dos programas de bem-estar. A partir de minhas experiências, os resultados parecem acontecer no momento em que as organizações decidem atuar sobre todas estas disciplinas, estabelecendo uma estratégia que assegure ambientes corporativos maduros, sustentáveis e com visão de longo prazo.

Quando se trata do ambiente corporativo há uma preocupação constante das organizações em melhorar a relação entre qualidade de vida e satisfação no trabalho e, conseqüentemente, o absenteísmo. De uma maneira geral, a satisfação no trabalho é ainda avaliada superficialmente nas organizações, quer pelo caráter subjetivo e complexo destas variáveis, quer pela dificuldade em associar ferramentas que possam identificar correlações claras entre estas. Normalmente, a satisfação no trabalho é avaliada nas

“pesquisas de clima organizacional” suportadas pelas lideranças e com vistas ao desempenho destas e da organização propriamente dita. Os indicadores de estilo de vida e a análise das causas de absenteísmo por doença são, também, ferramentas utilizadas para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.

A dificuldade se encontra no fato de que estas avaliações são realizadas em momentos isolados no tempo, no espaço e nas circunstâncias motivadoras, acarretando diagnósticos parciais que dificultam a elaboração de estratégias e o planejamento efetivos de médio e longo prazo.

Sob o ponto de vista da administração, os autores de referência em QVT, largamente citados na literatura científica, são Walton⁽²¹⁾ e Hackman & Oldham⁽¹⁾. Estes autores apontam, no constrito da QVT, fatores tais como a compensação justa e adequada; as condições de trabalho; o uso e o desenvolvimento das capacidades; as chances de crescimento e segurança; a integração social na empresa; o constitucionalismo; o trabalho e o espaço total de vida e a relevância social do trabalho associados aos aspectos de motivação interna, satisfação e enriquecimento no/do cargo (significado, identidade, variabilidade e autonomia da tarefa)⁽²²⁾. Em outras palavras, discute-se amplamente o equilíbrio entre o trabalho e as outras esferas de vida, o papel social da organização e a importância em se conciliar produtividade com qualidade de vida no trabalho.

Historicamente, a abordagem da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) tem contribuído para o desenvolvimento de ferramentas de melhoria contínua no que se refere à organização do trabalho, às relações humanas e ao bem-estar dos trabalhadores.

Esta corrente teórica tenta explicar, assim, e do ponto de vista individual e coletivo, os fatores que influenciam resultados em áreas como produtividade, satisfação no trabalho, estresse, comprometimento organizacional, satisfação com a organização como um todo e rotatividade de empregados, sugerindo que a congruência de valores percebidos entre empregado e organização por parte dos funcionários está positivamente associada com a satisfação e as intenções de rotatividade dos trabalhadores^(23, 22).

No fórum da Administração é unânime o discurso de que gerenciar pessoas é o maior desafio das organizações e isso se deve, em especial, aos problemas relacionados à comunicação entre lideranças e subordinados, aos conflitos entre colaboradores da empresa e resistência geral a mudanças.

2.2.1. Comportamento Organizacional

A disciplina *Comportamento Organizacional* apresenta uma visão sistêmica sobre “as atitudes que as pessoas apresentam nas organizações”⁽¹⁾ que se fundamenta, entre outros fatores, em três determinantes de desempenho de trabalhadores: a produtividade, o absenteísmo e a rotatividade de emprego. Esta fundamentação técnica e científica sistematiza e utiliza-se de várias outras disciplinas, tais como Psicologia, Sociologia, Psicologia Social, Antropologia e Ciências Políticas, cabendo aqui definir o escopo de cada uma destas disciplinas e sua contribuição para a eficiência organizacional.

A *Psicologia* recentemente expandiu seu foco de interesses para o estudo de aspectos como aprendizagem, percepção, personalidade, diversidade, emoções, treinamento, eficácia de liderança, necessidades e forças motivacionais, satisfação no trabalho, processos de tomada de decisão, avaliação de desempenho, mensuração de atitudes, estresse profissional, técnicas de seleção de pessoal, entre outros^(1, 24).

A *Sociologia* tem se debruçado sobre o sistema social no qual o indivíduo desempenha o seu papel com foco no comportamento dos grupos. Na prática, contribui para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de atividades como as dinâmicas de grupo, o planejamento de equipes de trabalho, a cultura organizacional, a comunicação, as relações de poder, os conflitos entre equipes e o equilíbrio entre vida pessoal e profissional^(1,25).

A *Psicologia Social* utiliza, por sua vez, os conceitos das duas disciplinas anteriores focando, em termos práticos, na implementação de mudanças e visando, para isso, processos como a tomada de decisão em grupo^(26, 27) como meio para reduzir as barreiras à aceitação destas mudanças.

A *Antropologia* estuda a sociedade e os seres humanos dentro do contexto social, incluindo elementos da evolução histórica, da geografia e das práticas culturais locais. Estes estudos ajudam as organizações a entender mais rapidamente o impacto cultural e o modo de vida dos trabalhadores no comportamento organizacional^(1, 26).

As *Ciências Políticas* contribuem para com as organizações à medida que estudam o comportamento individual e em grupo dentro de um ambiente político em que se dá a manipulação de poder e, conseqüentemente, a estruturação de conflitos^(1, 26).

Cada uma destas disciplinas compreende aspectos do comportamento humano e suas atitudes individuais e em grupo, que remetem a um determinante de desempenho importante chamado *Cidadania Organizacional* e que compreende as atitudes de cooperação e reconhecimento entre colegas e equipes de trabalho, a disponibilidade de executar tarefas e suas exigências funcionais^(1, 24, 27).

Explicar, prever e controlar o comportamento humano é o objeto de desejo dos administradores. Explicar o porquê determinados fatos, tendências e comportamento ocorrem ajuda a evitar ou minimizar o impacto destes sobre o ambiente de trabalho. A previsão de certos comportamentos pode, portanto, dar luz a algumas respostas e facilitar a implantação de mudanças ainda que o “controle” sobre o comportamento dos trabalhadores se mostre como um dos objetivos mais controversos dos estudos do comportamento organizacional⁽¹⁾.

A compreensão do comportamento organizacional se fundamenta como explicitamos, no nível individual, em grupo e do próprio sistema organizacional. No nível individual a Psicologia contribui com quatro conceitos-chave: valores, atitudes, percepção e aprendizagem.

Os *valores* constituem-se de crenças ou convicções básicas de uma conduta e compreendem o julgamento sobre o que o indivíduo acha correto ou não em seu grupo social. Ser capaz de gerar atitudes positivas em seus funcionários ajudando as equipes a se tornarem mais produtivas e, conseqüentemente, sentirem-se mais realizadas no trabalho⁽¹⁾.

Sobre a *percepção* é importante saber que as pessoas reagem ao que percebem de justo ou injusto no trabalho e não necessariamente à realidade. Atentarmos à *percepção* pode, portanto, ajudar a obter melhorias no desempenho dos funcionários.

Os autores afirmam ainda que o *aprendizado* deva ser dirigido e que o reconhecimento adequado sobre as *atitudes* dos indivíduos é importante para a construção desse aprendizado. Assim percebemos como, aos poucos, as teorias de

diferentes disciplinas convergem umas às outras, merecendo destaque o aspecto que se refere aos valores e aos conflitos de gerações advindos dessa diversidade.

Milton Rokeach⁽²⁸⁾ definiu dois conjuntos de valores em um estudo que compara grupos de ativistas comunitários, executivos, metalúrgicos e sindicalistas e constatou que, apesar de algumas semelhanças entre os grupos ocupacionais, os valores variam de um grupo para outro como ocorre, por exemplo, com os ativistas comunitários que possuíam valores bem diferentes dos dois outros grupos. Como valor principal esse grupo expressava *aliberdade*, enquanto que os executivos e sindicalistas tinham estes valores em 14º lugar em um ranking de prioridades. *Ser prestativo* estaria em segundo lugar para o grupo de ativistas enquanto que, para os outros dois grupos, ocuparia as 12ª e 13ª posições, respectivamente.

Rokeach⁽²⁸⁾ definiu dois grupos de valores, os terminais e os instrumentais, o primeiro referente às metas que uma pessoa gostaria de atingir na vida e o segundo como os meios para alcançar as metas dos valores terminais. O que é importante considerar a respeito desta teoria é a reflexão sobre o momento em que os grupos citados acima empreendem um diálogo, pois como os seus *valores* estão em níveis diferentes toda a tentativa de diálogo se configura como exercícios para a obtenção de um acordo sob os pontos em que divergem, obtenção que se mostra como uma tarefa difícil^(1,29).

Zemke, Raines e Filipczak⁽³⁰⁾ desenvolveram uma classificação baseada em características de gerações a partir da percepção dos autores de que os trabalhadores podem também ter características diferentes de acordo com a época em que se inseriram no mercado de trabalho.

Esta classificação levou em consideração entrevistas com centenas de executivos e seus liderados pertencentes a gerações com características específicas como, por exemplo, os **veteranos**, que ocuparam o mercado de trabalho entre 1922 a 1943 e cujas características eram o *patriotismo*, a *preservação da família*, o *conformismo*, o *respeito pela autoridade*, a *adesão a regras* e a *honra*, além de apreciarem a *consistência* e a *uniformidade*; em seguida vêm os **boomers**, a geração que ingressou no mercado de trabalho entre 1943 a 1960, trazendo consigo valores como a *realização pessoal* e o *sucesso material*, concebendo as empresas que os empregavam como meros veículos para o desenvolvimento de sua carreira^(28, 30) e, por fim, segue-se a **geração X** que se incluiu no mercado de trabalho nos anos 2000 (dois mil), simultaneamente ao avanço da tecnologia e da globalização, espelhando-se nas carreiras do pai e da mãe e valorizando a *flexibilidade*, o *estilo de vida equilibrado* e a *obtenção de satisfação no trabalho*, sendo o dinheiro um indicador da eficiência e qualidade de desempenho profissional para este grupo que prioriza seu *tempo livre*, o *equilíbrio* entre vida pessoal – profissional – estilo de vida, valoriza a *amizade*, a *felicidade* e o *prazer* e não está disposto a sacrificar-se pelos empregadores como os grupos das gerações que os antecederam.

O grupo mais recente a ingressar no mercado de trabalho passa a denominar-se **nexters**⁽³⁰⁾ e convive com uma economia pós-crescimento numa fase de escassez de emprego, enfrentando a *insegurança* em relação a carreiras. São orientados para o dinheiro e lidam bem com a diversidade, assim como são mais autoconfiantes, trabalham em equipe e buscam o sucesso financeiro embasados nos valores terminais de *liberdade* e *vida confortável*⁽²⁸⁾.

Lidar com a diversidade de gerações nas organizações pode parecer uma difícil tarefa e reconhecemos diariamente os conflitos que ocorrem em função da disparidade dos valores percebidos pelos diferentes grupos. Os autores esclarecem que esta

diversidade pode ajudar em muito as organizações se corretamente entendidas e trabalhadas desde o recrutamento dos trabalhadores.

A estratégia proposta para o enfrentamento adequado destas diferenças incentivadas pelas organizações transnacionais é o *respeito às diferenças e à diversidade no trabalho*, incentivando um ambiente *flexível, informal e espontâneo* que favoreça a autonomia, a adaptação do estilo de liderança às pessoas e situações, a igualdade de tratamento, a formação contínua e a rotação de funções⁽²⁹⁻³⁰⁾.

2.3. Cidadania Organizacional e flexibilização do trabalho

Outro aspecto importante a ser destacado diz respeito às atitudes, à satisfação no trabalho e à cidadania organizacional. *Atitude* expressa o que um indivíduo pensa a respeito de determinado fator e é, portanto, uma afirmação avaliativa que pode ser favorável ou desfavorável e está relacionada a eventos, pessoas e objetos. Quando relacionamos isto ao trabalho, sob o ponto de vista do comportamento organizacional, a *atitude* mais importante é a satisfação, seguida do envolvimento e do comprometimento com o trabalho⁽¹⁾.

A *satisfação* no trabalho refere-se à sua avaliação positiva^(31, 32) e é "um estado emocional agradável ou positivo", "uma função da relação percebida entre o que se quer de um trabalho e o que se percebe que está oferecendo"⁽³³⁾; o *comprometimento*, por seu turno, refere-se ao engajamento e à permanência do trabalhador frente à organização sendo, de certa maneira, um reflexo do desejo dos trabalhadores por um trabalho que lhes oferte oportunidades para utilizar de suas capacidades e habilidades em uma variedade de tarefas que lhes conferem certa liberdade e reconhecimento⁽¹⁾.

A vasta literatura na área de *Psicologia Industrial* aponta teorias que levam em consideração as dimensões afetivas de comprometimento organizacional e da satisfação no trabalho^(5, 34-36), além do senso de pertencimento e comprometimento afetivo em que o envolvimento no processo de trabalho é considerado como importante preceptor de intenção de rotatividade, absenteísmo e desempenho⁽³⁷⁻³⁹⁾.

Em estudo realizado na Espanha com condutores de ônibus e trabalhadores de empresa de tratamento de água, o comprometimento afetivo com a organização demonstrou exercer influência positiva sobre o desempenho, reduzindo o comportamento de ausência do trabalho analisado por meio da intenção de mudar de emprego e absenteísmo⁽²³⁾, embora o mais forte preceptor de intenção de sair do trabalho, neste estudo, tenha sido a satisfação do trabalhador no desempenho de suas funções.

Na literatura, o conflito e a ambiguidade de papéis são também indicados como fatores de insatisfação dos trabalhadores, afetando seu compromisso para com a organização. A alta resistência, o suporte da supervisão e o senso de trabalho em grupo são relacionados com os baixos níveis de estresse e este, por sua vez, com a alta satisfação no trabalho⁽⁴⁰⁾.

A avaliação positiva de supervisão foi também associada à satisfação no trabalho e ao bem-estar psicológico⁽⁴¹⁾, ilustrando que líderes otimistas estão mais próximos de conduzir os problemas encontrados no trabalho como os desafios que carecem de esforços por longo tempo para atingir seus objetivos, fazendo com que sua equipe aprecie os aspectos positivos das situações de maior dificuldade, coincidindo com a opinião dos autores Krueger e Killham^(42, 43) sobre os níveis de gerência se mostrarem como grandes influenciadores do bem-estar e do engajamento de seus funcionários.

De acordo com relatório *The quality of working life 2012 – managers' wellbeing, motivation and productivity*⁽⁴⁴⁾ sobre Qualidade de Vida no Trabalho, o estilo de liderança afeta a satisfação no trabalho. O senso de realização da liderança, o bem estar e a confiança em tomar decisões, o crescimento na carreira, a exequibilidade dos objetivos e se os trabalhadores se sentiam parte de uma equipe foram importantes determinantes de satisfação no trabalho⁽⁴⁵⁾.

Um dos grandes questionamentos e interesse crescente de estudos nesta área é saber se a satisfação no trabalho se relacionada de maneira mais estreita à produtividade, resposta não tão animadora, pois, quando se estuda a relação direta entre estes fatores, as evidências demonstram que o inverso é mais provável de ser verdadeiro, ou seja, a produtividade conduz à satisfação⁽¹⁾. Este conceito se relaciona, portanto, com a ideia de *Cidadania Organizacional*, sendo a relação entre elas possível, modestamente, quando a percepção de justiça é o fator moderador como nos casos em que a satisfação ocorre quando envolve os conceitos de resultados, tratamentos e procedimentos justos⁽⁴⁶⁾.

“A motivação é um comportamento externado”, ou seja, trata-se de uma disposição que o indivíduo apresenta para satisfazer uma necessidade⁽¹⁾ que, quando não satisfeita, gera uma tensão e uma vontade por satisfazê-la através de comportamentos e realizações que têm por finalidade aliviar esta tensão⁽⁴⁷⁾.

Há muitas teorias que se debruçam sobre o conceito de *motivação*, sendo as mais antigas as de Abraham Maslow⁽⁴⁸⁾, as Teorias X e Y de McGregor⁽⁴⁹⁾ e a Teoria de Dois Fatores de Frederick Herzberg⁽⁴⁵⁾.

Sobre a Teoria de Maslow, datada de 1954, há pouco embasamento científico, embora esta tenha sido aceita amplamente e ainda seja bastante utilizada pelos

administradores até os dias de hoje, em especial por defender o fato de que ao atender uma necessidade há a ativação de uma necessidade subsequente, fato que precisa de adaptação cultural e não pode ser hierarquizado da mesma maneira em regiões diferentes do mundo^(1, 48).

McGregor dividiu, por sua vez, na década de 1960, em dois grupos de premissas o comportamento dos seres humanos em relação ao trabalho: um grupo com premissas negativas (Teoria X) e outro com positivas (Teoria Y). A partir do referencial de Maslow, na Teoria X as necessidades de nível baixo prevalecem nos indivíduos, enquanto que na Teoria Y as necessidades de nível mais alto predominam. O autor desta teoria acreditava que as premissas da teoria Y seriam mais válidas e sugeriu iniciativas como o processo de tomada de decisão participativo, as tarefas desafiadoras que demandam responsabilidade e o bom relacionamento de equipe como ferramentas para a motivação dos funcionários⁽⁴⁹⁾.

A Teoria de Dois Fatores de Herzberg, de 1959, conhecida também por Teoria de Higiene-Motivação, sugere que fatores intrínsecos tais como promoção, reconhecimento, responsabilidade e realização relacionam-se com satisfação no trabalho; enquanto que fatores extrínsecos como supervisão, remuneração, políticas corporativas e condições de trabalho estão relacionados com a insatisfação no ambiente profissional⁽⁴⁵⁾.

Segundo o autor, os dois grupos de fatores são independentes, de maneira que atuar somente sobre os fatores de insatisfação não garante a motivação dos trabalhadores. Herzberg chamou como *fatores higiênicos* a qualidade da supervisão, a remuneração, as políticas corporativas, as condições físicas de trabalho, o relacionamento interpessoal e a segurança no emprego; denominando *fatores*

motivacionais a oportunidade de promoção (carreira), a oportunidade de crescimento pessoal, o reconhecimento, a responsabilidade e a realização do trabalhador⁽⁴⁵⁾.

Apesar de muito conhecida e utilizada há controvérsias a respeito da metodologia adotada por Herzberg visto que ela permite a interpretação de uma suposta “contaminação” por inferências que os pesquisadores precisam fazer sobre os resultados⁽¹⁾.

Dentre as teorias de motivação contemporâneas, o modelo de características do trabalho proposto por Hackman e Oldham⁽⁵⁰⁾ se mostra como o mais adequado para este estudo, uma vez que foi, em certa medida, a partir de suas proposições sobre as dimensões essenciais do trabalho que Cooper⁽²⁾ fundamentou-se para discutir as teorias sobre o estresse no trabalho em suas pesquisas como ocorreu, por exemplo, no processo de validação do questionário *Occupational Stress Indicator (OSI)*⁽⁵¹⁾ a partir da medida de satisfação no trabalho do *Hackman-Oldham Job Diagnostic Survey Questionnaire*^(2, 22, 44, 51).

O modelo de Hackman e Oldham⁽⁵⁰⁾ propõe cinco dimensões essenciais do trabalho, a saber: variedade das habilidades, identidade da tarefa, significância da tarefa, autonomia e *feedback*. Estas dimensões levam a estados psicológicos críticos e, conseqüentemente, a resultados pessoais e profissionais igualmente críticos.

Neste modelo, as dimensões “variedade das habilidades”, “identidade da tarefa” e “significância da tarefa” levam ao estado psicológico da “experiência dever o trabalho como significativo”, enquanto que a dimensão da “autonomia” conduz ao estado psicológico de “vivência da responsabilidade pelos resultados profissionais” e “*feedback*” alça ao estado psicológico de “conhecimento dos reais resultados das atividades

profissionais” proporcionando resultados pessoais e profissionais de “alta motivação para o trabalho”, “desempenho de alta qualidade no trabalho”, “alta satisfação no trabalho”, “baixo absenteísmo e baixa rotatividade” (2, 51).

Esta ferramenta compreende ainda a combinação das dimensões essenciais em um índice de previsão, de modo que os trabalhos com alto potencial motivador têm uma pontuação alta em pelo menos um dos três fatores que levam à vivência da significância, da autonomia e do *feedback*, possibilitando a motivação, o desempenho e a satisfação ao reduzir a probabilidade de absenteísmo e “*turnover*”^(51, 52).

A evolução deste modelo, proposta por Kulik, Oldham e Hackman em 1987, chama-se Teoria das Características do Trabalho⁽⁵³⁾ e centra-se na interação entre três classes de variáveis: (i) os estados psicológicos que devem estar presentes nos funcionários para o desenvolvimento da motivação no trabalho; (ii) as características dos postos de trabalho que podem criar esses estados psicológicos e (iii) os atributos dos indivíduos que determinam o quão positivamente uma pessoa vai responder a um trabalho complexo e desafiador.

Tal modelo foi testado por 658 (seiscentos e cinqüenta e oito) funcionários que trabalhavam em 62 postos de trabalho diferentes em sete organizações distintas, e os resultados confirmaram a sua validade à época com uma série de características especiais postas em discussão, como as que incluíam a sua utilização como base para o diagnóstico de postos de trabalho e na avaliação de projetos de redesenho de postos e funções de trabalho dentro das organizações⁽⁵²⁾.

O bom senso aponta, assim, para um cenário de *flexibilização*, visto que a motivação está relacionada a uma gama de valores e necessidades que se conformamem

aspectos psicossociais em diferentes momentos da vida dos trabalhadores que diferem entre si em suas necessidades individuais, de modo que um trabalhador que estuda, outro que está com filhos pequenos ou ainda outro que queira desenvolver-se profissionalmente criam demandas diferentes e específicas no ambiente organizacional.

Cabe à liderança e às organizações utilizarem, então, mecanismos adequados para atender a estas diferentes necessidades, fazendo disto uma agenda justa e equilibrada que não acarreta prejuízos ao negócio e se mostra como uma tarefa razoavelmente desafiadora a seus gestores.

2.3.1. Absenteísmo

O absenteísmo é definido como uma ação intencional e habitual na qual o trabalhador se ausenta do trabalho. De acordo com Chiavenato (2010), o absenteísmo, absentismo ou ausentismo, é expressão utilizada para designar a falta do empregado ao trabalho. Isto é, a soma dos períodos em que os empregados de determinada organização se encontram ausentes do trabalho, não sendo a ausência motivada por desemprego, doença prolongada ou licença legal. Como fenômeno complexo, o absenteísmo pode estar relacionado com ergonomia, fatores psicológicos, demográficos, saúde física, fatores pessoais e/ou organizacionais⁽⁵³⁾.

Nas organizações, as lideranças têm os seus próprios pontos de vista sobre as razões para ausência do trabalho, mas poucos realmente têm pesquisado o suficiente para resolver o problema. Egan⁽⁵⁵⁾ *apud* Huczynski & Fitzpatrick⁽⁵⁴⁾ referem que os gestores, em sua maioria, "nem compreendem, nem investigam as causas de absenteísmo". Além disso, estes autores acreditam que "as opiniões das pessoas,

preconceitos e histórico anterior representam a base sobre a qual a ação corretiva é decidida".

Os gestores, assim, muitas vezes baseiam suas suposições em pensamentos e experiências próprias ao invés de amparar-se em resultados de pesquisas^(54, 55). McHugh⁽⁵⁶⁾ sugere que a investigação sobre a ausência dos trabalhadores deve procurar identificar suas causas subjacentes, com vistas a desenvolver soluções mais eficazes para administrá-lo.

De acordo com Huczynski e Fitzpatrick (1990), o *absenteísmo* custava, anualmente, cerca de 5 bilhões de Libras na Inglaterra e compreende em média 11 dias por ano em que os trabalhadores de “chão de fábrica” se ausentam de suas funções. Estes autores recomendam um sistema de gestão do absenteísmo que compreende a avaliação do cenário (incluindo outras empresas similares), o diagnóstico, a identificação de oportunidades, o planejamento de ações, a implementação e o monitoramento sobre suas causas⁽⁵⁴⁾.

Globalmente falando, autores como Evans et al.⁽⁵⁷⁾ e Huczynski & Fitzpatrick⁽⁵⁴⁾ acreditam que as causas de ausência podem ser compreendidas em três categorias principais: a influência das características pessoais dos funcionários, a influência das políticas da organização e os fatores externos à organização.

As características pessoais se referem a informações tais como idade, sexo, personalidade, tempo de serviço, as atitudes dos funcionários, seus valores e expectativas, juntamente com as tendências de comportamento de ausência anteriores e fatores que têm uma influência sobre a tendência de ausência em funcionários⁽⁵⁶⁾.

Em relação à idade, na investigação de Nicholson (1977) descobriu-se que, em geral, funcionários jovens têm maior frequência de ausência do que os trabalhadores mais velhos. No entanto, os trabalhadores mais velhos tendem a ter períodos mais longos de ausência, particularmente aqueles que possuem mais de 50 anos de idade⁽⁵⁸⁾.

Com relação ao gênero, há demonstrações evidentes de que as mulheres faltam mais ao trabalho em função do papel que desempenham na sociedade como cuidadoras e responsáveis pela administração das atividades domésticas. Muito embora as taxas de ausência por doença variem de acordo com o contexto legal, a situação econômica e as características da força de trabalho, o que ainda não é bem compreendido é o impacto dos fatores sociais dentro e fora do trabalho, sendo a compreensão desses fatores um grande impulso para ajudar gestores a estabelecer intervenções psicossociais no local de trabalho.

Assim, a saúde nas organizações pode ser avaliada, por sua vez, a partir de duas perspectivas, uma que parte do *ponto de vista ocupacional* para avaliar os riscos ambientais e a segurança do empregado, e outra focando a manutenção do desempenho e da produtividade do trabalhador, limitando-se à carga financeira do absenteísmo⁽⁵⁾ desde uma *perspectiva gerencial*. Porém, sob ponto de vista da Saúde do Trabalhador, a saúde nas organizações inclui a vigilância em saúde, a promoção da saúde incluindo a assistência primária, secundária e terciária e avaliados por indicadores bem definidos.

Neste estudo, não foram avaliados os indicadores específicos de adoecimento, doenças crônicas, acidentes de trabalho, mas sim a percepção dos trabalhadores com alto índice de absenteísmo em relação aos componentes da satisfação no trabalho e da qualidade de vida.

Conforme citado anteriormente, as teorias que estudam a motivação dos trabalhadores identificam, entre outros, os chamados “preceptores de absenteísmo”, sendo que a maioria estabelece causas multifatoriais com determinantes sociais, organizacionais, comportamentais, psicológicos e de saúde física^(5, 53, 54, 56, 58).

Existem, todavia, significantes preceptores de absenteísmo por doença que se relacionam com determinantes dentro e fora do trabalho. Em estudo de meta-análise conduzido por Duijts et al.⁽⁵⁾, os autores relataram alguns preceptores como divórcio, queixas psicossomáticas, problemas psicológicos, baixo controle sobre o trabalho e baixo poder de decisão como potenciais causadores do absenteísmo⁽³⁵⁾.

Vários estudos avaliam a relação entre a autopercepção de saúde e os afastamentos do trabalho de curta, média e longa duração, bem como a relação entre adoecimento, doenças crônicas e perda da produtividade⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾. Um estudo realizado com 43.589 (quarenta e três mil quinhentos e oitenta e nove) indivíduos na Suécia identificou que a baixa percepção de saúde e o maior número de sintomas estavam relacionados com aos afastamentos de longo prazo, superiores a 29 dias de ausência ao ano⁽⁵⁹⁾.

Van Rhenenet al.⁽⁶²⁾, em estudo prospectivo com 3.268 (três mil duzentos e sessenta e oito) funcionários utilizando um inventário de *coping* com respostas autorrelatadas a fim de prever a ausência por doença (frequência, duração e tempo médio antes do início de um novo período de licença médica), relatam, de acordo com a hipótese e após o ajuste para possíveis fatores de confusão, que os funcionários que apresentam estratégias de enfrentamento para a resolução de problemas eram menos propensos a faltar por causa de doença, o que também é válido para a frequência e a duração (superior a 14 dias) das ausências.

Em contraste, um estilo de enfrentamento de “esquiva”, o que representa uma estratégia reativa e passiva, permitiu observarem o aumento na probabilidade de faltas frequentes de forma significativa, bem como a frequência e a duração da ausência por doença. A mediana do tempo antes do início de um novo episódio de absenteísmo foi estendida, significativamente, para os funcionários que tiveram uma estratégia de enfrentamento ativa na solução de problemas⁽⁶³⁾.

Em outro estudo sobre absenteísmo, realizado no contexto de hospitais do Rio de Janeiro, os autores avaliaram múltiplos determinantes e concluíram que diferentes variáveis (socioeconômicas, ocupacionais, estilo de vida, doenças e condições de saúde) foram associadas ao alto absenteísmo (superior a dez dias em doze meses) e à baixa manifestação deste (inferior a nove dias em doze meses), o que sugere sua determinação múltipla e complexa relacionada, sobretudo, a fatores de diversos níveis que não podem ser explicados apenas por problemas de saúde⁽⁶⁴⁾. Preceptores de absenteísmo por doença foram identificados, por sua vez, de maneira homogênea em um estudo de meta-análise no qual os autores relataram que intervenções para a melhoria da saúde psicossocial podem reduzir tais ocorrências⁽⁶⁵⁾.

Um estudo inglês pesquisou os fatores que levam o médico (*general practitioner*) a prescrever o afastamento com atestado e concluiu que questões complexas cercam o papel dos médicos no processo de certificação de doença, particularmente quando se determina a capacidade do paciente para o trabalho, o que inclui o próprio médico, o gênero do paciente e a doença. Em geral, existe uma preocupação em manter uma relação médico-paciente saudável⁽⁶⁶⁾.

Em outro estudo, a ausência do trabalho por doença foi solicitada pelo paciente em 60% dos casos totais de afastamento, sendo que os pacientes com problemas de

saúde mental relacionados ao trabalho solicitaram atestado médico com mais frequência do que aqueles com lesões músculo-esqueléticas, respectivamente 71% e 45% dos afastamentos por atestado médico⁽⁶⁷⁾. Este estudo concluiu que médicos clínicos eram mais propensos a perceber os pacientes com problemas de saúde mental como “mais doentes” do que os pacientes que se apresentam com lesões músculo-esqueléticas, sendo que para os últimos eram emitidos certificados de doença de lesões principalmente para manter a relação médico-paciente.

Ainda neste estudo, transcrições das entrevistas revelaram variações na quantidade de negociação que ocorre entre médicos e pacientes, visto que alguns médicos sentiram que os pacientes foram demasiado exigentes em seus pedidos de ausência por doença, enquanto outros expressavam satisfação com a tomada de decisão mútua por parte de seus pacientes^(67, 68).

O estudo observou também que os médicos com formação em Saúde Ocupacional emitiam menos atestados que os profissionais sem esta formação específica, fazendo-o com maior capacidade de confrontação com o paciente a este respeito. Observação que se contrabalanceia diante de dados que mostram haver certa busca e predileção por profissionais da área médica que oferecem menos resistência à emissão dos atestados^(68, 69).

Em estudo longitudinal entre 201 (duzentos e um) gerentes de telecomunicações, que inclui o processo de comprometimento da saúde e o processo motivacional, os resultados da análise de modelagem de equações estruturais revelaram: **(1)** O aumento de demanda de trabalho (sobrecarga, exigências emocionais e interferência trabalho-casa) e a redução de seus recursos (apoio social, autonomia, oportunidade de aprender e *feedback*) como sendo predecessores para o *burnout*; **(2)** O aumento nos recursos de

trabalho como o motivo que leva a um maior compromisso com o trabalho e **(3)** O *burnout* (positivamente) e o engajamento (negativamente) como sendo preceptivos, respectivamente, do tempo de duração do afastamento e da frequência das ocorrências de absenteísmo por doença⁽⁶³⁾.

Em estudo qualitativo realizado por Morken, Haukenes e Magnussen⁽⁷⁰⁾ na Noruega, são referenciados três fatores que influenciam a tomada de decisão para a ausência ou a presença no trabalho quando os trabalhadores avaliados têm algum tipo de sintoma de doença: **(1)** Grau de experiência com “estar doente”; **(2)** Hábitos de vida diária e **(3)** A importância do trabalho. O conhecimento de atitudes e dilemas em decisões sobre a ausência por doença e a frequência com que ocorre foi crucial para entender o absenteísmo no trabalho desenvolvido por este grupo. De acordo com as entrevistas e relatos dos trabalhadores, a decisão por trabalhar ou não estaria relacionada com a preocupação de alguns com o trabalho e seus colegas, se o sintoma o impedia ou não de fazer atividades rotineiras em ambiente doméstico e o conhecimento sobre os sintomas ou sobre a doença⁽⁶²⁾.

Altas demandas de trabalho e questões familiares são preceptores de absenteísmo por doença também em um estudo de coorte realizado por Sabbath et al.⁽⁷¹⁾. O estudo empreendido com 13.179 (treze mil cento e setenta e nove) trabalhadores na França encontrou taxas elevadas de todas as causas de ausência por doença entre trabalhadores, 79% delas correspondendo a trabalhadores com altas demandas simultâneas de atividades no trabalho e em ambiente doméstico⁽⁷⁰⁾.

Apesar do grande impacto do absenteísmo por doença na sociedade, nas empresas e nos próprios trabalhadores, pouco conhecimento científico tem sido acumulado. Os estudos analisados a partir de uma pesquisa de revisão envolvendo 320

(trezentas e vinte) fontes textuais demonstram várias teorias que categorizam os fatores que levam ao absenteísmo e, embora a maioria destes estudos analisados tenha sido realizada dentro da esfera da medicina, apenas uma minoria de investigadores fez uso de modelos explicativos médicos ou mesmo considerou o estado de saúde dos indivíduos⁽⁷¹⁾.

As diferenças na saúde encontradas entre os principais grupos profissionais noruegueses (662 indivíduos entre 16 e 67 anos, pertencentes a cinco grupos ocupacionais: executivo, educação, saúde, operários e serviços foram explicadas, em um dos estudos, principalmente pelas diferenças de gênero. Fatores sociodemográficos, estilo de vida e fatores relacionados ao trabalho demonstram ter influenciado pouco a análise da variação nos sintomas subjetivos de saúde, sugerindo que fatores como demandas psicológicas, estresse no trabalho, *coping* e outros fatores psicológicos podem ser de forte importância para a maioria das queixas subjetivas de saúde⁽⁷²⁾.

Como muitos estudos apontam, o absenteísmo é um fenômeno multifatorial complexo que tem, particularmente no caso do absenteísmo de longo prazo, consequências negativas para o trabalhador e para a organização afetando, consequentemente, a sociedade.

Realizado com 28.230 (vinte e oito mil duzentos e trinta) trabalhadores de um banco público brasileiro, outro estudo⁽⁷³⁾ identificou cinco categorias da satisfação profissional: conteúdo do trabalho, salário, ambiente social, condições físicas e aprendizado, concluindo que há um efeito espelho na manifestação da satisfação na qual cada categoria influencia as demais positivamente, interferindo umas sobre as outras. Foi observado nesta pesquisa, que aborda parcialmente os fatores relacionados devido à complexidade de isolar a variável dependente, que o absenteísmo relaciona-se também com outros preceptores que não os originados por doenças, apesar de muitas vezes ser

justificado por elas, como nos casos em que suas razões fundamentais são os fatores psicossociais advindos da relação com o trabalho e relacionados ao comportamento organizacional.

Worrall e Cooper⁽⁷³⁾ concluíram que, quando se trata de saúde e bem-estar no local de trabalho, os indicadores de doença aumentaram, mas quando se observava o absenteísmo dos gestores estes parecem menos propensos a se afastar do trabalho quando doentes⁽⁴⁵⁾. Os benefícios de saúde e as políticas de bem-estar dentro das organizações mostram-se úteis, embora careçam ainda do apoio dos níveis de gestão.

Isto reflete o que vemos nas organizações todos os dias, onde aqueles que “abraçam a causa da promoção da saúde e bem estar” comunicam com ênfase os benefícios que a organização oferece e incentivam seus funcionários a serem pró-ativos no cuidado com a saúde podendo, desta maneira, observar um aumento na motivação, na produtividade e, finalmente, na qualidade de vida no trabalho⁽⁷⁴⁾.

Segundo Limongi e Oliveira⁽⁷⁵⁾, esforços para desenvolver as políticas e práticas de gestão de pessoas são muito pertinentes ao momento atual, principalmente no que diz respeito às estratégias de negócios, pois a percepção dos executivos sobre a atuação da área de recursos humanos mostra a necessidade de maior integração entre as ações isoladas da área, a estratégia global das empresas e a utilização de ferramentas para avaliar os resultados dessas práticas de gestão⁽⁷⁶⁾.

2.4. Promoção de saúde, estilo de vida e bem-estar

Muitos termos são utilizados para descrever as iniciativas de bem-estar nas organizações, entre eles *Promoção à Saúde, Saúde e Bem-estar, Medicina Preventiva, Programas de Prevenção de Doenças, Programa de Qualidade de Vida, Wellness*, dentre

outras variações. Todos se definem, no entanto, como estratégias para a melhoria da produtividade a partir, sobretudo, da redução do absenteísmo e do presenteísmo, da melhora no moral da organização e da retenção de talentos.

Vale ressaltar que termos como *empowerment* e *autocuidado* são cada vez mais utilizados, ilustrando que a promoção da saúde envolve o desenvolvimento de habilidades individuais a fim de permitir a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde⁽⁷⁸⁾.

A preocupação com a promoção da saúde e bem estar no local de trabalho intensificou-se a partir dos anos de 1980 com iniciativas voltadas à melhoria das condições de trabalho e à ampliação de benefícios para assistência à saúde, ergonomia e prevenção de acidentes. Algumas corporações americanas demonstraram, a partir de 1990, resultados financeiros relacionados ao retorno de investimento com ações voltadas à promoção da saúde através, sobretudo, de programas de bem estar sujeitos à utilização de indicadores de processo, produtividade, eficácia, eficiência e até mesmo indicadores financeiros para sua contínua avaliação e dotados de alguns componentes imprescindíveis, tais como:

- Diagnóstico do perfil de saúde e estilo de vida;
- Avaliação biométrica e exames preventivos;
- Delimitação dos perfis e grupos de trabalhadores conforme fatores de risco à saúde;
- Planejamento de ações, incluindo aconselhamento e monitoramento;
- Aconselhamento individual multidisciplinar;
- Ambiente de suporte que permita a experiência com hábitos de vida saudável;

- Educação em saúde;
- Ferramentas tecnológicas (pedômetros, portais eletrônicos, *call centers*, entre outros);
- Comunicação efetiva e criação de uma cultura de bem estar e,
- Programa de incentivo.

Segundo pesquisa mundial realizada por Buck Consultants e CPH Health⁽⁷⁷⁾, abrangendo 1.100 (mil e cem) empresas e 10 milhões de empregados, os programas de bem estar são mais prevalentes na América do Norte, onde são oferecidos por 77% dos empregadores participantes, embora a pesquisa também indique que a popularidade da promoção da saúde entre os empregadores está crescendo no restante do mundo apesar das atuais condições econômicas globais, visto que “os objetivos estratégicos mais comuns das iniciativas de bem-estar em todo o mundo são a melhoria da produtividade e a redução da presença de trabalhadores doentes”, aqueles que, devido a questões pessoais de saúde, não se encontram plenamente produtivos.

Embora esse objetivo tenha tido uma classificação alta em pesquisas anteriores (segundo ou terceiro lugar em prioridade na maioria das regiões), em 2009 os participantes de cinco das sete regiões do mundo o classificaram como mais prioritário (primeiro lugar), o que reflete uma percepção igualmente mais sólida da correlação entre trabalhadores mais saudáveis e o desempenho das empresas⁽⁷⁷⁾.

Entre os empregadores dos Estados Unidos o principal objetivo continua a ser, portanto, a redução dos custos com doenças, visto que a preocupação com a competitividade global tem colocado crescente pressão para que reduzam o ônus financeiro advindo da oferta de assistência médica aos trabalhadores⁽⁷⁸⁾. Enquanto que

aos participantes na Ásia deu-se a identificação da melhoria no moral e no engajamento no local de trabalho como sua primeira prioridade.

Podem-se resumir os três principais objetivos dos programas de bem-estar como sendo, assim, a redução das faltas de funcionários por motivo de doença e/ou invalidez e a manutenção de sua capacidade para o trabalho⁽⁷⁷⁾.

No momento, após anos de evolução nos programas de promoção à saúde no local de trabalho, é evidente uma maior compreensão por parte dos empregadores sobre o impacto da saúde na *performance* e na produtividade de sua organização, pois a percepção de que os altos custos com a assistência médica impactam significativamente os custos com mão de obra é balanceada pela percepção de que os investimentos em promoção à saúde podem contribuir para um melhor posicionamento de sua marca e do seu produto no mercado.

Associada a este fato há uma mobilização crescente por parte dos governos no desenvolvimento de políticas públicas com o objetivo de também melhorar os indicadores de saúde da população, em especial para a redução dos custos com a assistência à doença. E, dentro do mesmo raciocínio, a saúde suplementar também impactada pelos altos custos com a doença se mobiliza para este fim ao incentivar estratégias e produtos voltados à promoção da saúde que, no local de trabalho, seguem um processo evolutivo de certa forma inter-relacionado com as iniciativas públicas e do setor de saúde suplementar.

Em se tratando de saúde suplementar, ao longo da última década no Brasil, com a criação da *Agência Nacional de Saúde Suplementar*⁽⁷⁹⁾, novas diretrizes e políticas foram criadas para a reorientação da atuação deste seguimento tendo em vista o perfil de

morbimortalidade da população, a transição demográfica, suas características epidemiológica e nutricional, o aumento dos custos na assistência à saúde e os potenciais impactos das ações de promoção e prevenção sobre estes fatores⁽⁷⁹⁾.

Atualmente prevalece na Saúde Suplementar, porém, o modelo de atenção hegemônico caracterizado pelo enfoque biologicista da saúde–doença–cuidado, desconsiderando seus determinantes sociais, o que acarreta ações desarticuladas, desintegradas, pouco cuidadosas, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e com a incorporação acrítica de novas tecnologias, constituindo-se em um modelo caro e pouco eficiente⁽⁷⁹⁾. Somando-se a isso o fato de que os planos de saúde podem ter cobertura segmentada nos setores ambulatorial ou hospitalar, além de planos exclusivamente odontológicos, dá-se o comprometimento significativa da integralidade da atenção à saúde ofertada, visto que as práticas de promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória, quando não desconsideradas, surtindo pouquíssimo ou nenhum impacto sobre a saúde dos beneficiários.

Todos estes fatores devem contribuir para acelerar os investimentos na área nos próximos anos, incluindo o local de trabalho e criando oportunidades de trabalho aos profissionais de saúde e, em especial, ao Enfermeiro do Trabalho.

2.4.1. A área de Saúde do Trabalhador

Nas últimas décadas houve uma significativa evolução dos serviços de saúde ocupacional em um grande número de países industrializados e/ou com economias em transição e desenvolvimento econômico. Este processo evolutivo ocorreu na medida em que o ambiente, o contexto social do trabalho, as tecnologias e o estilo de vida da população mundial se modificaram.

Em muitos países a saúde ocupacional está à parte do sistema de saúde, resultando na fragmentação da assistência que acarreta dificuldades de encaminhamento e acompanhamento, além de inabilidade em diagnosticar e resolver os problemas de saúde relacionados ao trabalho. Existe ainda grande iniquidade em setores como agricultura, empresas pequenas e trabalhadores que atuam na economia informal que sequer têm acesso a serviços de saúde do trabalhador ou, onde estes serviços existem, frequentemente focam intervenções que não estão adequadas às necessidades e expectativas dos trabalhadores⁽⁸⁰⁾.

A *Conferência Internacional de Promoção à Saúde* discutiu ativamente, em 1978⁽⁸¹⁾, a importância do cuidado à saúde no local onde as pessoas vivem e trabalham. Porém, quando isto foi colocado em prática, a ênfase foi sobre a disponibilidade de serviços nos locais onde as pessoas vivem e a área específica de saúde no trabalho não recebeu a devida atenção nos debates e fóruns, ficando fora dos programas e estratégias para a promoção da saúde. No Brasil, a partir de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal n.8080/90)⁽⁸²⁾, em seu Artigo 6º, parágrafo 3º, regulamentou os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador como

(...) um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Em 2009, a OMS⁽⁸³⁾ sugere a cobertura universal dos cuidados primários à saúde, incluindo a saúde ocupacional e a ampliação de seu escopo, uma base regulatória sólida a fim de garantir um nível básico de proteção do sistema operacional da saúde de todos os trabalhadores em todos os locais de trabalho.

Atualmente, os argumentos são ainda mais convincentes para a utilização do local de trabalho como um ponto de entrada para o sistema de saúde, uma vez que este se mostra como um cenário ideal para desenvolver intervenções de saúde essenciais, fazendo-as chegar aos trabalhadores e, extensivamente, às suas famílias e comunidades.

Acompanhar estas transformações requer uma interlocução⁽⁸⁴⁾ entre Medicina, Psicologia, Sociologia, Ergonomia, Antropologia, Administração, além da atuação multidisciplinar em busca do conhecimento para a utilização de novas tecnologias e ferramentas de gestão de saúde. Estas ferramentas de gestão compreendem o diagnóstico epidemiológico, a utilização das metodologias de prevenção e promoção da saúde e a compreensão do comportamento humano relacionado ao estilo, modo e condição de vida.

Para que isto aconteça os *Programas de Promoção à Saúde* devem estar cada vez mais integrados à gestão de pessoas, capacitando e motivando o indivíduo, preparando-o emocional e fisicamente, ajudando-o a entender, refletir e interagir sobre estas questões. Dentro das organizações, repensar o trabalho e o emprego é um tema que nos desafia a criar novos mecanismos que possam melhorar o entendimento do papel do trabalho na vida dos indivíduos, promovendo a adaptação das pessoas e minimizando o efeito deletério das transições tão constantes e inevitáveis hoje para construir um ambiente de real suporte ao trabalhador.

Um modelo de gestão de saúde integrado ao objetivo de desenvolvimento de pessoal contribui para o desenvolvimento de uma cultura de prevenção nas organizações. Mas as questões centrais seriam sobre como inserir a capacitação para saúde nas estratégias de gestão em uma organização dentro das expectativas da melhor lucratividade possível. De que maneira, afinal, pode-se demonstrar efetivamente que bem

estar e saúde contribuem para o sucesso de uma organização? E como utilizar o espaço da medicina preventiva e ocupacional para trazer benefícios à saúde dos trabalhadores e suas famílias?

O que se espera como resultado é a melhora dos indicadores de saúde e bem estar previamente estabelecidos a médio e longo prazo, incluindo os custos com a assistência médica que podem gerar oportunidades de ação integradoras entre benefícios e promoção de saúde. Segundo Karch & Kirsten ⁽⁸⁵⁾, os impactos do aumento das doenças crônicas não transmissíveis, representadas em grau de importância, pelas doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias e câncer, são notados nas organizações pelos custos e utilização da assistência médica.

A utilização da assistência médica não implica, necessariamente, em melhoria da saúde de modo que quantificar e demonstrar estes números dentro da realidade particular de cada organização pode render um espaço importante para uma melhor utilização dos recursos.

A gestão integrada entre promoção da saúde, prevenção, saúde ocupacional e assistência médica torna-se fundamental, portanto, para uma percepção positiva sobre a área de saúde do trabalhador por parte das organizações, pois Médico do Trabalho e Enfermeiro do Trabalho passam agora a atuar num cenário mais complexo com importantes demandas e oportunidades. O que antes se restringia à atuação sobre riscos ocupacionais, hoje demanda a atuação sobre o ser humano na sua totalidade, sobretudo no contexto do competitivo e flexível mercado de trabalho.

Os programas de bem estar nas organizações incluem acesso a intervenções dentro e fora do trabalho onde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde⁽⁸⁶⁾ um ambiente de trabalho saudável é

(...) aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram num processo de melhoria contínua para proteger e promover a saúde, a segurança e o bem-estar de todos os trabalhadores e a sustentabilidade do local de trabalho, considerando as necessidades identificadas: preocupações com a saúde e segurança no ambiente de trabalho físico; preocupações de saúde, segurança e bem-estar no trabalho ambiente psicossocial, incluindo a organização do trabalho e da cultura local de trabalho; recursos pessoais de saúde no local de trabalho (apoio e incentivo de estilos de vida saudáveis por parte do empregador); formas de participação na comunidade para melhorar a saúde dos trabalhadores, suas famílias e membros da comunidade.

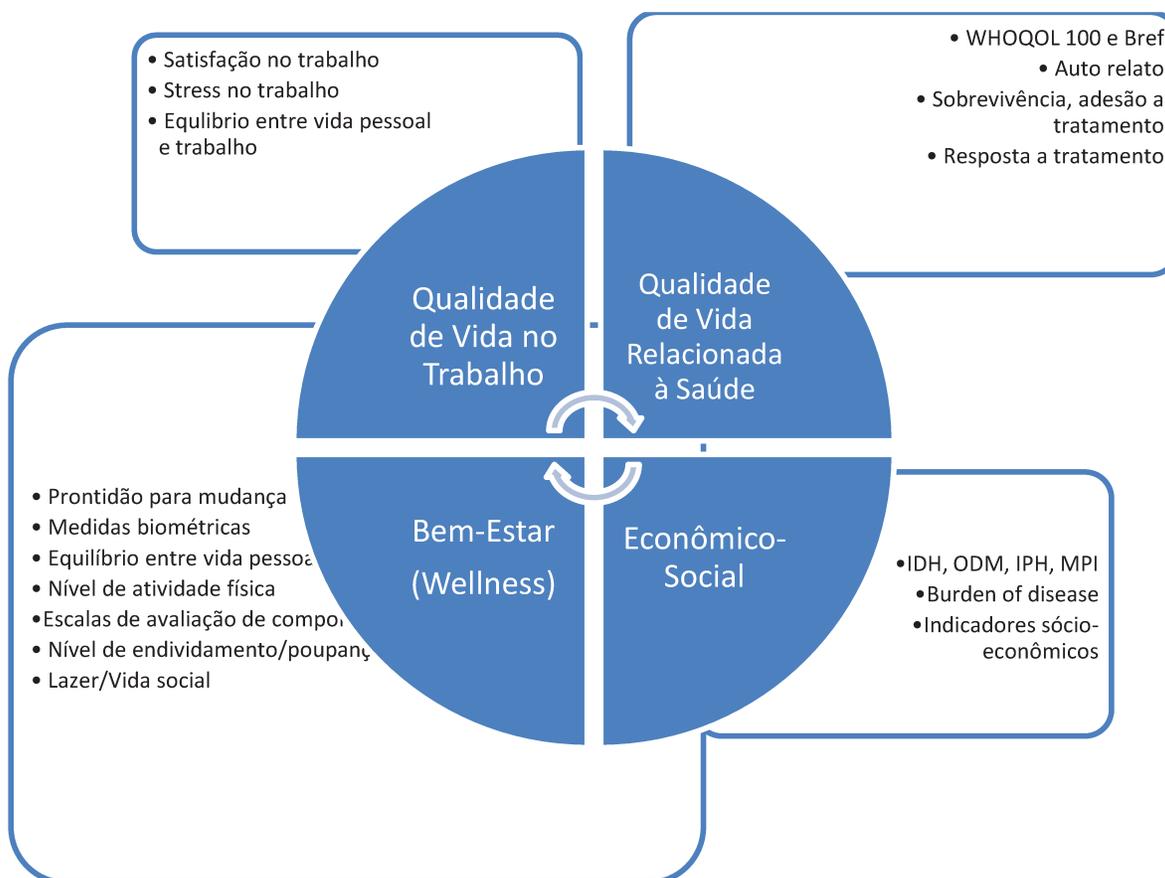
Problemas de saúde relacionados com o estilo de vida afetam a posição econômica das organizações e contribuem para a redução da produtividade, o aumento do absentismo e dos custos com os cuidados de saúde. Num estudo de meta-análise os autores examinaram os efeitos de participação em um programa de bemestar (incluindo atividade física e outras intervenções) em absenteísmo e satisfação no trabalho. Os resultados revelaram que a participação em programas como esse estava associada com a diminuição do absenteísmo e a maior satisfação no trabalho⁽⁸⁷⁾.

Outro estudo de meta-análise debruçou-se sobre 15 intervenções em estilo de vida (atividade física e nutrição, individualmente ou associados) a fim de avaliar sua eficácia sobre a promoção da vida saudável, a prevenção de doenças e a redução de custos com saúde. O estudo concluiu que intervenções individuais de promoção da saúde podem melhorar os níveis de atividade física e comportamento alimentar, proporcionando um peso saudável⁽⁸⁸⁾.

2.4.2. Indicadores da qualidade de vida

Além das análises socioeconômicas e ambientais existem abordagens e correntes teóricas que fundamentam vertentes de pesquisa em Qualidade de Vida, a saber: a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), referenciada nos itens anteriores deste documento; a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e A Qualidade de Vida relacionada ao Estilo de Vida e bem-estar ou *Wellness*, todas complementares entre si e suportando um modelo que requer indicadores específicos utilizados em diferentes circunstâncias para avaliar a qualidade de vida a partir de referenciais sociais, coletivos ou individuais.

Figura 1: Modelo de avaliação da qualidade de vida. Campinas, 2014. (Fonte: elaborado pela autora).



Legenda:

IDH – Índice de desenvolvimento Humano

ODM – Objetivos do milênio

IPH – índice de Pobreza Humano

MPI – Índice de Pobreza Multidimensional

São utilizados diversos indicadores para avaliar grupos sociais como, por exemplo, expectativa de vida, mortalidade e morbidade, níveis de escolaridade e alfabetização, renda *per capita*, nível de desemprego, desnutrição e o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU), indicador que reúne dados demográficos comparando o estágio de desenvolvimento de países, regiões e cidades. O conjunto de indicadores no IDH tem enfatizado o desempenho econômico e as medidas agregadas de coesão social.

O IDH combina Produto Interno Bruto (PIB) e outras medidas em um índice composto que incide sobre a longevidade, o conhecimento e o padrão de vida digno. Este índice foi largamente utilizado para orientar as decisões na formulação de políticas por todo o mundo, sendo que os governos dos países que ansiosamente competiam nos aspectos mais problemáticos que compõem a classificação no IDH foram muito bem sucedidos em analisar os dados disponibilizados a partir desse índice encontrando, no entanto, poucos resultados intrínsecos que não se mostraram suficientes para um desenvolvimento equânime entre as diferentes regiões do mundo⁽⁸⁹⁾.

Indicadores genéricos relacionados à saúde são utilizados, por sua vez, com a finalidade de avaliar o impacto de doenças, expressar o efeito de determinadas intervenções e comparar regiões e populações, como permitem o *Disability Adjusted Life Year* (DALYs) e o *Years Lost Life* (YLL) que utilizam dias e anos de vida ajustados por qualidade e incapacidade física/saúde, respectivamente⁽⁹⁰⁾.

Estes indicadores fundamentam, por sua vez, o indicador *Carga Global da Doença* (CGD)³ que avalia o custo-efetividade das ações de Saúde Pública. A CGD é um estudo atualizado pela OMS a partir dapesquisa original feitaem 1990 por Myurray e Lopez apud Agência Nacional de Saúde⁽⁹¹⁾. Este estudo avalia amplamente estimativas de incidência, prevalência, severidade, duração e mortalidade atribuída a uma determinada doença ou condição envolvendo países membros da OMS.

Utilizando uma medida sumária, *Disability Adjusted Life Year* (DALY)⁴, que quantifica a carga da doença(CGD), o DALY para uma doença corresponde à soma dos anos de vida perdidos devido à morte prematura (YLL) na população e aos anos perdidos devido à inabilidade (YLD) nos casos de alterações na condição de saúde, sendo uma medida que envolve perda de anos potenciais de vida, incluindo anos equivalentes de vida saudável comprometida pela doença denominada, aqui, “inabilidade”, de forma que 1 (um) DALY representa a perda de um ano da saúde plena equivalente⁽⁹¹⁾.

A fim de avaliar a qualidade de vida e justificar ações no ambiente de trabalho, podemos utilizar e comparar os indicadores acima apresentados para demonstrar aspectos econômicos, sociais e de saúde com o intento de compreender como se apresenta, relativamente, a população de trabalhadores estudada, assim como quais são os aspectos relacionados à subjetividade e à percepção individual e coletiva dos membros do grupo estudado.

³ Projeto iniciado pela Organização Mundial da Saúde no ano de 1991, sua denominação original em língua inglesa é *Global Burden of Disease* (GBD).

⁴ Um correspondente em português seria algo como “Inabilidade Ajustada em Anos de Vida” ou, mais precisamente, “Anos de Vida Ajustados Perdidos por Incapacitação”.

2.4.3. Indicadores de Qualidade de Vida no Trabalho – QVT

Os indicadores propostos pelas principais teorias da Administração em Recursos Humanos sugerem ferramentas de avaliação de qualidade de vida no trabalho (QVT) e, dentre eles, os mais utilizados na literatura encontram-se no modelo de Walton⁽²¹⁾, considerado um dos modelos mais completos também na área de Psicologia Organizacional.

O autor sugere oito categorias que interferem sobre a qualidade de vida no trabalho: compensação justa e adequada, condições de trabalho, uso ou desenvolvimento das capacidades, oportunidade de crescimento e segurança, integração social na organização, trabalho e vida e, por último, relevância social. Nesta análise, os chamados “critérios” são avaliados igualmente e não são dispostos em ordem de prioridade, sendo atribuído a cada um deles a mesma importância na QVT.

A partir das Dimensões Essenciais do Trabalho (variedade, identidade e significado da tarefa, autonomia e *feedback*) Hackman e Oldham⁽⁵⁰⁾ formularam, em 1976, o *Diagnóstico do Trabalho e Avaliação de Projetos de Redesenho do Trabalho* composto por 83 questões divididas em sete seções, acrescidas de uma oitava seção que não avalia nenhuma variável e tem por função levantar informações pessoais do respondente. Todas as questões são fechadas com escala de respostas psicométrico do tipo *Likert*, de cinco ou sete alternativas, sendo que cada seção possui uma escala de respostas diferenciada. Cada dimensão do trabalho contemplada pelos autores é abordada em uma ou duas seções e, da mesma forma, cada seção agrupa uma ou duas dimensões. O *Diagnóstico do Trabalho* também possui uma versão abreviada, vernaculamente denominada *short version* e constituída por 53 questões divididas em cinco seções. Em síntese, a versão abreviada abrange as dimensões *Reações afetivas do trabalho* e

Dimensões essenciais do trabalho exatamente como na versão completa do instrumento, porém com abrangência parcial da dimensão *Necessidade de crescimento individual* e sem a presença da dimensão dos *Estados psicológicos críticos*.

Cooper e Willians⁽⁵¹⁾, referência atual nas pesquisas relacionadas à psicologia organizacional, estresse ocupacional e bem estar no local de trabalho, desenvolveram o *Occupational Stress Indicator* (OSI). A validação do construto desta ferramenta utiliza o questionário de medida de satisfação no trabalho de Hackman e Oldham⁽⁵⁰⁾ e o *Índice de Crown-Crisp Experimental*(CCE)⁽⁹²⁾ para a avaliação da saúde física. Uma medida que é composta por seis componentes de escalas, dos quais quatro são variáveis dependentes: (i) Fontes de pressão no trabalho (61 itens); (ii) tipo de comportamento (14 itens); (iii) a capacidade de enfrentamento (28 itens) e (iv) *locus* de controle (12 itens). As duas escalas restantes são dependentes variáveis relacionadas ao estresse: (v) a satisfação no trabalho e (vi) a saúde dividida em saúde mental e física (18 e 12 itens, respectivamente).

O *Occupational Stress Indicator* (OSI) é mais do que um conjunto de escalas, ele compreende um modelo estrutural sobre o estresse ocupacional. Neste modelo, seis fontes de pressão interagem com três variáveis moderadoras que produzem os efeitos do estresse ocupacional⁽⁹³⁾.

O OSI é fundamentado na noção de que fatores de estresse não influenciam a todos da mesma forma. O estresse é visto como a “falta de ajuste” entre o indivíduo e seu ambiente^(93, 94). Por isso, a importância de percepções subjetivas e interpretações do ambiente, o processo de avaliação cognitiva e o efeito das características de personalidade e fatores demográficos são enfatizados neste instrumento.

O modelo afirma que pressões de trabalho levam a resultados negativos (satisfação no trabalho reduzido e de saúde física e mental) e que essa relação pode ser moderada por variáveis de diferenças individuais. As variáveis de diferenças individuais podem estar ligadas ao estresse ocupacional como preceptores diretos de resultados relacionados com o estresse e saúde mental⁽⁹⁵⁾.

A *Escala de Satisfação no Trabalho* utilizada nesta pesquisa é composta por 22 itens e compreende resposta em uma escala *Likert* de 01 a 06, onde 01 representa grande insatisfação e 06 representa muita satisfação. As subescalas que derivam destes 22 itens são realização, valor e crescimento, o próprio trabalho, design e estrutura organizacional, processos organizacionais e as relações pessoais^(93,94).

A *Escala de Satisfação no Trabalho* do OSI foi utilizada para a análise das variáveis deste estudo a fim de estabelecer possíveis correlações entre os grupos de trabalhadores com alto e baixo índice de absenteísmo com a satisfação no trabalho e os Indicadores de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS).

Os pesquisadores ligados ao *International Institute for Quality of Life Research* (ISOQOL), que fomenta exclusivamente pesquisas na área de Qualidade de Vida relacionada à saúde, utilizam diferentes ferramentas validadas e entre elas, o WHOQOL-100 e sua versão abreviada, buscando também novos instrumentos de avaliação.

Há, nos dias atuais, uma série de definições de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde^(91, 96-98) e é consenso entre especialistas que a QVRS é o efeito funcional de uma condição médica e/ou terapêutica que se aplica a um paciente^(91,97) sendo, assim, subjetiva e multidimensional ao englobar as funções física e ocupacional, o estado psicológico, a interação social e a sensação somática⁽⁹¹⁾.

O objetivo de se avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde busca, então, “(...) restaurar ou preservar o funcionamento e bem-estar relacionado à saúde”⁽⁹⁹⁾ a partir da quantificação do grau com que a condição médica ou seu tratamento impacta a vida do indivíduo submetido a este tipo de avaliação, mostrando-se um indicador importante que, juntamente às medidas tradicionais como, por exemplo, a sobrevivência paciente ou a resposta do tumor ao tratamento, permite compreendermos o efeito da doença ou enfermidade sobre a vida do paciente.

O “padrão-ouro” sugerido pelo ISOQOL para este tipo de avaliação é o auto-relatos sobre sua QVRS, podendo haver, no entanto, momentos em que o paciente está muito doente e tem uma condição impeditiva diante da qual este tipo de avaliação é dificultado. Estas medidas podem, então, ser usadas para medir as mudanças na QVRS ao longo do tempo (por exemplo, em ensaios clínicos, estudos observacionais ou para a vigilância da população) a fim de comparar a QVRS de pacientes com diferentes condições como, por exemplo, o impacto relativo da doença cardíaca *versus* o cancro, ou que recebem tratamentos diferentes como os que se empreendem dentro de ensaios clínicos ou de pesquisa de eficácia comparativa⁽⁹⁷⁾.

A fim de criar um instrumento transcultural que pudesse avaliar a qualidade de vida, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma ferramenta que considera a visão holística deste construto. Coordenado por John Orley⁽³⁾, o grupo da OMS definiu a Qualidade de Vida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Essa definição reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa nos contextos cultural, social e de meio ambiente^(3, 75). O *World Health Organization of Quality*

of Life Assessment (WHOQOL-100) e o WHOQOL-Bref valorizam, portanto, as percepções de caráter subjetivo, individuais, baseadas em crenças, experiências e perspectivas particulares da pessoa avaliada⁽⁹⁰⁾ sendo muito utilizado, segundo a literatura, para a avaliação da qualidade de vida de grupos com determinadas morbidades, mostrando-se ainda pouco empregado na avaliação e no diagnóstico da qualidade de vida de trabalhadores.

Apesar de serem ferramentas utilizadas também no contexto da QVRS, para este estudo não fazemos uso deste referencial ao avaliar a qualidade de vida, pois consideraremos os aspectos multifacetados propostos pelo WHOQOL Group⁽⁷⁵⁾, para o qual a noção de Qualidade de Vida se dá a partir de um construto relacionado ao modo, às condições e aos estilos de vida, incluindo as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana⁽⁹⁰⁾.

Colaborando para esta abordagem, Minayo et al.⁽¹⁰⁰⁾ referem que, ao se falar em qualidade de vida, é necessário falar da satisfação das necessidades mais elementares da vida humana tais como alimentação, água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer, elementos que contêm as referências de conforto, bem estar e realização individual e coletiva.

Qualidade de vida se mostra, portanto, como uma concepção humana e diz respeito ao grau de satisfação encontrada nos âmbitos das vidas familiar, amorosa e social e na forma mesmo como se conduz a própria existência e a sua interpretação cultural do que a sociedade considera como bem estar sendo, portanto, uma construção social e cultural⁽¹⁰⁰⁾.

Nesta perspectiva, influenciar valores e condições sociais seria, provavelmente, a primeira escolha de intervenção para a promoção da saúde e qualidade de vida, integrando estes conceitos à gestão de recursos humanos e contribuindo para colocar a saúde como parte da estratégia organizacional na busca pela produtividade. Especialmente porque, em um ambiente de alta competitividade, os trabalhadores são equipados com os melhores e mais modernos recursos tecnológicos, mas os processos de trabalho estabelecidos estão desconectados da capacitação do homem, não nos aspectos técnicos do trabalho propriamente ditos, mas do preparo do seu corpo e mente para o desenvolvimento de suas atividades demandando, assim, maior espaço de tempo, desenvolvimento pessoal e profissional⁽⁷⁶⁾.

Suportar a demanda física e psicológica requer uma mudança na forma do trabalhador em lidar com seu próprio corpo e mente, sugerindo uma evolução em seu modo de viver, em cuidar de si, da sua família e do meio ambiente com maior responsabilidade, consciência e conseqüente autonomia para a tomada de decisões e escolhas sobre como conduzirá sua própria vida.

2.4.4. Indicadores de bem estar e estilo de vida

O avanço tecnológico dos diagnósticos médico, genético, farmacêutico e nutricional colaborou em muito para o aumento da expectativa de vida mundial, de modo que práticas relacionadas à promoção da saúde e bem estar estão cada vez mais presentes nas organizações. Apesar de subfinanciadas, estas iniciativas compõem os objetivos estratégicos relacionados ao negócio, mais especificamente na esfera da responsabilidade social ou relacionada à redução dos custos com assistência médica.

Através de um estudo de revisão de literatura, Goetzal e Ozminkowski⁽⁷⁸⁾ avaliaram os resultados de programas de promoção à saúde no local de trabalho concentrando-se em fatores que influenciam a saúde e a produtividade dos trabalhadores, assim como as objeções e as barreiras que podem impedir o investimento suficiente na promoção da saúde.

Apesar das limitações metodológicas de muitos dos estudos, os resultados da literatura sugerem que, quando devidamente projetados, os programas de promoção à saúde podem melhorar os níveis de saúde ea produtividade dos funcionários.

De acordo com o estudo de Goetzal e Ozminkowski⁽⁷⁸⁾, que descrevem as características de programas eficazes que incluem, por sua vez, sua capacidade de avaliar a necessidade de serviços, atrair participantes, utilizar a teoria comportamental como base, incorporar várias maneiras de alcançar as pessoas e fazer esforços para medir o impacto do programa, as práticas promissoras são observadas e dentre elas o apoio da alta administração e sua participação nestes programas são destacados.

O estudo aponta também a necessidade de uma ampla divulgação das informações sobre os fatores de sucesso, pois somente uma pequena parcela dos trabalhadores faz uso de todos os componentes necessários em intervenções bem sucedidas, além de também indicarem a necessidade de utilizar mais ciência na avaliação dos resultados dos programas⁽⁷⁸⁾.

Embora a maioria dos empregadores de grande porte – organizações transnacionais, públicas e privadas – ofereça programas ou pelo menos uma iniciativa de promoção à saúde, as estratégias de bem estar são incipientes e não tão abrangente quanto deveriam.

A partir das considerações a respeito da complexidade das questões relacionadas ao absenteísmo e da importância em avaliar a percepção do trabalhador frente as variáveis da qualidade de vida e satisfação no trabalho resolvemos comparar grupos internos de trabalhadores segundo os perfis de absenteísmo. Estimando que a percepção e práticas destes trabalhadores face à conduta da organização no ambiente de trabalho tenham associação com o absenteísmo.

3

OBJETIVOS

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

O objetivo deste estudo é identificar variáveis sociodemográficas associadas com marcadores para a qualidade de vida no trabalho percebida em contexto produtivo em empresa de manufatura de microeletrônica.

3.2. Objetivos específicos

- Definir as variáveis relacionadas à qualidade de vida presentes no grupo com o alto índice de absenteísmo;
- Identificar as variáveis relacionadas à satisfação no trabalho presentes no grupo com alto absenteísmo e
- Avaliar a associação entre satisfação no trabalho e os domínios da qualidade de vida.

METODOLOGIA

4. Metodologia

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de estudo epidemiológico transversal realizado em indústria de manufatura eletrônica, na região metropolitana de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, com coleta de dados realizada no mês de maio do ano de 2011.

4.2. Caracterização do local de estudo

O presente estudo foi realizado em uma empresa industrial do ramo metalúrgico, setor de eletrônicos, situada na *Região Metropolitana de Campinas (RMC)* onde os participantes são trabalhadores lotados em linhas de montagem, em turnos de trabalho fixos, com intervalo de 24 horas entre os dias de trabalho: o primeiro turno de 06h15 às 15h15; o segundo turno de 15h15 às 00h15 e o terceiro turno de 00h15 às 06h15 (iniciando na segunda feira a 01:00h) em jornadas que se cumprem de segunda a sexta-feira. Os funcionários do terceiro turno recebem, conforme a Lei, adicional noturno de 30% sobre o salário.

A jornada de trabalho é de oito horas diárias (40 horas semanais) nos três turnos, com pausa de uma hora para almoço e mais um intervalo de 15 minutos. Diariamente, duas horas antes do final do turno de trabalho, há uma pausa de dez minutos para realização de Ginástica Laboral.

As metas de produção são determinadas pela empresa e o número de funcionários são planejados de acordo com os métodos de engenharia.

A política de recrutamento e seleção da empresa dá preferência a trabalhadores jovens para a área avaliada, exigindo como escolaridade mínima o Ensino Médio completo.

O ambiente de manufatura é climatizado a uma temperatura de 22 graus Celsius e os níveis de ruído não ultrapassam 80 decibéis, o limite de ação para ruído de acordo com a Norma Regulamentadora número 15.

A empresa oferece benefícios como assistência médica, reembolso de medicamentos, transporte com ônibus climatizado, alimentação com restaurante interno, assistência educacional para curso técnicos, graduação e pós-graduação, além de área para treinamento interno e programa de apoio psicossocial.

A área de segurança do trabalho desenvolve programa de ergonomia, adequando os postos de trabalho no aspecto antropométrico através da disponibilização de equipamentos e mobiliário adequado ao conforto dos operadores. Por meio de um programa de melhoria contínua, as ações em ergonomia se iniciam a partir de cada novo produto e os funcionários fazem rodízio de posto de trabalho a cada duas horas.

A empresa mantém um *Serviço de Saúde Ocupacional* composto por: Enfermeiro do Trabalho, Técnicos de Enfermagem do Trabalho e Médico do Trabalho. Conta também com uma empresa de prestação de serviço em Qualidade de Vida com profissionais das áreas de Nutrição e Educação Física.

4.3. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, conforme parecer nº 176/2011 (CAAE: 0127.146-11). Os funcionários assinaram o consentimento informado antes de responder ao questionário (Anexo 4).

4.4. População do estudo

Em seu quadro de trabalhadores a empresa conta com 1780 (mil setecentos e oitenta) funcionários, sendo os 1300 (mil e trezentos) trabalhadores lotados em linha de montagem distribuídos igualmente em três turnos fixos de trabalho que são o objeto deste estudo. Os demais trabalhadores encontram-se divididos entre as áreas administrativas (480 funcionários).

Para este estudo foi considerada uma amostra de 702 funcionários, 54% do total de 1300 funcionários com contrato em regime Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que fazem parte da manufatura, no cargo de operadores de produção e distribuídos nos três turnos fixos de trabalho (matutino, vespertino e noturno).

4.4.1. Critérios de inclusão

Grupos equiprobabilísticos foram escolhidos de acordo com o critério de número de faltas justificadas e não justificadas no trabalho nos últimos doze meses, divididos em três grupos: **(A)** os que faltaram dez dias ou mais em doze meses, nível considerado acima dos parâmetros coletivos de produtividade estabelecidos pela empresa; **(B)** os que tiveram até 3,5% de faltas mediante os dias trabalhados no ano (entre cinco e nove faltas) considerado limítrofe para os parâmetros de produtividade estabelecida para esta

empresa e **(C)** os que não se ausentaram do trabalho ou tiveram até quatro faltas em 12 meses (aproximadamente 2% de faltas ao ano por dias trabalhados), critério considerado *benchmarking* no mercado de trabalho.

Foram consideradas *faltas justificáveis* as que estão de acordo com os critérios legais aquelas que não acarretam em perdas de remuneração (atestado médico, óbito, procedimentos na justiça, doação de sangue limitada a um dia no ano, acompanhamento de doença familiar limitado a 3 dias no ano) e as faltas *não justificadas*, isto é não amparadas por lei e que acarretam em perdas salariais.

Em relação aos funcionários com justificativa legal por doença foram considerados aqueles que apresentaram atestados médicos de um a dois dias por diagnósticos diversos, os quais perfazem 80% das faltas justificadas por atestado médico na empresa. Isto é, de todas as faltas existentes na empresa 76% eram justificadas por atestado médico, dos quais 88% se referiam a faltas de um a dois dias por sintomatologias diversas e, na maioria, por atestados obtidos em pronto-socorro de acordo com a lista dos funcionários obtida por meio de Relatório Anual de Faltas no Trabalho emitido pela área de Recursos Humanos da empresa.

4.4.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os trabalhadores com afastamento médico acima de 15 dias e/ou que estavam afastados pela Previdência Social, assim como funcionários afastados do trabalho ou em férias, além daqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

4.5. Procedimentos de coleta de dados

Os questionários foram apresentados aos supervisores e líderes de linha de montagem a fim de esclarecer sobre os objetivos do estudo. A área de Recursos Humanos forneceu a lista de funcionários de acordo com o critério estabelecido para os grupos pesquisados.

Os funcionários foram informados sobre a realização da pesquisa por meio de uma comunicação feita pelos supervisores e os sorteados randomicamente foram convidados a participar da pesquisa pela pesquisadora responsável em data, horário e local pré-determinado.

A pesquisa foi realizada durante a jornada de trabalho e em local reservado no qual o funcionário respondeu aos questionários autoaplicáveis sem a participação ou intervenção da pesquisadora ou de outros funcionários da empresa.

A taxa de resposta foi de 72%, totalizando 536 funcionários, sendo 179 funcionários do grupo “A”, 180 do grupo “B” e 177 do grupo “C”. As perdas referem-se à ausência do trabalho nos dias da pesquisa, falhas no preenchimento do questionário e uma recusa.

4.5.1. Instrumentos de coleta de dados

Os seguintes instrumentos auto-aplicáveis foram utilizados:

WHOQOL Bref: o questionário WHOQOL-Bref, padronizado pela OMS e validado no Brasil por Fleck (2000). A escala do questionário é composta por cinco dimensões, cada uma resultante da soma de questões específicas do questionário. Os domínios resultantes são: Físico, Psicológico, Social e Meio Ambiente (Anexo 2). Adicionalmente se

calcula um domínio chamado de overall, que tem como objetivo dar uma idéia geral da percepção de qualidade de vida. As escalas em cada domínio variam de 0 a 100.

Escala de Satisfação no Trabalho do questionário Occupational Stress Indicator (OSI) (Cooper, 1990), validado no Brasil por Swan (1993). A escala é composta por 22 questões e incluem as seguintes variáveis: comunicação e fluxo de informação na empresa, relacionamento com colegas de trabalho, reconhecimento individual, conteúdo do trabalho, motivação para o trabalho, carreira, segurança de emprego, estilo de supervisão, resolução de conflitos, flexibilidade, satisfação com remuneração, oportunidade de desenvolvimento de potencialidades. A escala de intensidade categórica tem uma variação de um a seis, para o qual um representa “enorme insatisfação” e seis representa “enorme satisfação” (Anexo 3). O score utilizado resulta da soma de todas as 22 questões, gerando uma escala que varia de 22 a 132.

A escala de satisfação no trabalho contém 5 subescalas, relacionadas com realização e crescimento (itens 3, 6, 12, 14, 16, 19), o trabalho em si (itens 4, 7, 11, 21), estrutura organizacional (itens 1, 10, 13, 20, 22), processo organizacional (itens 5, 9, 15, 17), relacionamentos (itens 2, 8, 18).

As variáveis sócio-demográficas incluídas foram: gênero, idade, situação conjugal, filhos, tempo de empresa, segunda ocupação laboral, tempo de deslocamento para o trabalho, ser cuidador de pessoas doentes ou com necessidades especiais, escolaridade e turno de trabalho (Anexo 4).

Foi incluída uma questão sobre capacidade para o trabalho atual, do instrumento “Índice de Capacidade para o trabalho” (ICT) de Tuomi et al (1997), cuja resposta é

categorizada numa escala de zero a dez, na qual zero significa “Estou incapaz para o trabalho” e dez significa “Estou em minha melhor capacidade para o trabalho”.

4.6. Análise estatística

4.6.1. Cálculo e transformação das variáveis

A descrição das variáveis categóricas foi apresentada por meio de frequências e porcentagens. Para as variáveis quantitativas foram calculadas medidas de posição (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão).

As comparações entre os grupos de absentéismo, gênero, turno e presença de segundo emprego com relação às variáveis sociodemográficas foram realizadas por meio do teste *Qui-quadrado* (χ^2)⁽¹⁰¹⁾ ou *Exato de Fisher*⁽¹⁰²⁾.

Para as comparações entre os grupos e em relação aos domínios do WHOQOL-Bref foi aplicado o teste *Kruskal Wallis*⁽¹⁰³⁾ para o domínio social e o modelo de ANOVA para os domínios físico, psicológico e ambiente. Enquanto que para os domínios físico e psicológico foi aplicada a transformação *Box Cox* com o objetivo de atender ao pressuposto de normalidade dos dados. Para as variáveis cujo resultado do modelo de ANOVA foi significativo, aplicou-se o pós-teste de *Tukey* para realizar as comparações múltiplas.

As comparações envolvendo os domínios do WHOQOL-Bref com relação às variáveis gênero, turno de trabalho e segunda atividade foram realizados por meio do teste não-paramétrico de *Mann-Whitney*⁽¹⁰¹⁾ nos casos onde tais variáveis apresentavam duas

categorias e, por meio do teste de *Kruskal-Wallis*⁽¹⁰³⁾, para os casos onde as variáveis apresentavam mais de duas categorias.

Para análise da escala de satisfação no trabalho (OSI) foi inicialmente calculado o valor do *Alpha de Crombach*⁽¹⁰⁴⁾ e comparados os grupos de absenteísmo com relação a cada item da escala por meio de teste de *Kruskal Wallis*⁽¹⁰³⁾. Para as variáveis cujo resultado foi significativo foi aplicado o pós-teste de *Dunn*.

Com o objetivo de investigar as relações entre os domínios do WHOQOL e o escore total da escala de satisfação no trabalho do OSI foi aplicado um modelo de regressão linear múltipla considerando o escore total do OSI como variável dependente e os domínios do WHOQOL como independentes⁽¹⁰⁵⁾. Além disso, as variáveis idade, turno e gênero foram consideradas como variáveis de controle no modelo. Nos resultados foram apresentadas as estimativas obtidas dos coeficientes de regressão, assim como os seus respectivos erros-padrões, intervalos de confiança e p-valor.

A relação entre o escore total do OSI e os grupos de absenteísmo foi avaliada por meio de um modelo de regressão logística multinomial⁽¹⁰⁶⁾ que considera como variável dependente os grupos e como independente o escore do OSI. Esse modelo é aplicado quando a nossa variável dependente é do tipo categórico com mais de dois níveis. Além disso, as variáveis idade, turno e sexo foram considerados como variáveis de controle no modelo. Nos resultados foram apresentadas as estimativas obtidas de *odds ratio*, assim como os seus respectivos erros-padrões, intervalos de confiança e p-valor. O modelo foi construído utilizando a *procedure GENMOD* do software SAS 9.2⁽¹⁰⁷⁾.

As recomendações da OMS e o grupo WHOQOL foram respeitadas com relação às questões do WHOQOL. Como instrumento de coleta foi utilizado o WHOQOL-Bref com

uma escala de intensidade categórica variando de 1 a 5. As questões 3, 4 e 26 do WHOQOL-Bref foram invertidas. Esta inversão mostrou-se necessária porque, na maioria das questões do WHOQOL-Abreviado, quanto maior o número assinalado, melhor a qualidade de vida naquele aspecto. Nessas questões ocorre o contrário: quanto maior o número assinalado, menor a qualidade de vida.

Os escores de domínios e aspectos foram obtidos pela média dos itens que a compõem. Foram calculados os 04 domínios do WHOQOL-Abreviado^(93, 75). Utilizaram-se as sintaxes disponíveis e recomendadas para o programa estatístico SPSS versão 13, favorecendo a análise dos domínios.

Composição dos domínios:

- Físico: 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18;
- Psicológico: 5, 6, 7, 11, 19, 26;
- Social: 20, 21, 22;
- Ambiente: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25.

Para todas as análises foi considerado o nível de significância igual a 5% e o software estatístico SAS versão 9.2 para a realização das mesmas.



RESULTADOS

5. Resultados

5.1. Dados gerais sociodemográficos

Foram considerados 536 entrevistados com frequências equivalentes de trabalhadores, sendo 179 (33,4%) pertencentes ao grupo A (mais de dez faltas no ano), 180 (33,6%) pertencentes ao grupo B (entre cinco a nove faltas no ano) e 179 (33,4%) ao grupo C (zero a quatro faltas no ano). Em quase todas as variáveis houve *missings* (valores não preenchidos ou respondidos) que foram ignorados nas análises.

Tabela 1: Frequência dos grupos de funcionários de acordo com o critério de inclusão. Campinas, SP, 2011.

Grupos	Frequência	Percentual
Grupo A	179	33,4
Grupo B	180	33,6
Grupo C	179	33,0
Total	536	100,0

A amostra foi composta na sua maioria por mulheres (59,28%) e a distribuição de trabalhadores foi equivalente nos 1º e 2º turnos (44,4% e 41,7%, respectivamente), além de 12% no 3º turno e 2% no turno administrativo.

A idade média foi de 29 anos, sendo que no grupo A, a média foi de 29 anos, no Grupo B em torno de 28 anos e, no Grupo C, 30 anos. A idade não se mostrou associada ao absenteísmo ($p= 0,0754$).

O estado civil compreende 50,5% solteiros, 45,7% casados e somente 3,8% divorciados. Sendo que 39,2% têm filhos e 60,8% não os têm.

Em relação à renda familiar, 78,2% apresentou renda de até quatro salários mínimos; 15,2% de cinco a seis salários mínimos e 6,6% tiveram renda de sete ou mais salários mínimos. O valor do salário mínimo na ocasião da pesquisa era de R\$545,00.

O nível de escolaridade dos trabalhadores pesquisados se distribui em 59,5% dos participantes com Ensino Médio concluído e 40,9% com curso de Ensino Superior completo. Sendo que, na ocasião da pesquisa, 25,9% estavam estudando e 74,1% não desenvolviam esse tipo de atividade.

Apenas 5,9% referiram ter uma segunda atividade laboral e somente 8,9% afirmaram cuidar de pessoas com necessidades especiais ou doentes.

O tempo de locomoção de casa ao trabalho era, na maioria, de uma hora (70,8%) e de uma a duas horas (27,5%).

As variáveis gênero ($p=0,0006$), turno ($p= 0,0001$) e ter outro emprego ($0,0041$) mostram-se associadas ao grupo com maior absenteísmo. Os resultados do teste Qui-quadrado não mostraram divergência do teste de Mann-Whitney para as variáveis renda, tempo de empresa e tempo de locomoção, ou seja, estas variáveis não demonstraram ter relação com o grupo que apresentou maior absenteísmo.

Tabela 2: Variáveis sociodemográficas e comparação entre grupos A, B, e C. Campinas, SP, 2011.

Variável	Grupo						Total	p-valor
	A		B		C			
	n	%	n	%	n	%		
Sexo								0,0006*
Masc	52	26,00	61	30,50	87	43,50	200	
Fem	115	39,66	94	32,41	81	27,93	290	
Turno de trabalho								< 0,0001**
1º (matutino)	57	26,89	71	33,49	84	39,62	212	
2º (vespertino)	70	35,18	60	30,15	69	34,67	199	
3º (noturno)	31	54,39	18	31,58	8	14,04	57	
Administrativo	4	44,44	0	0,00	5	55,56	9	
Renda (salário mínimo)								0,6034*
01/fev	62	32,63	55	28,95	73	38,42	190	
03/abr	70	37,43	61	32,62	56	29,95	187	
05/jun	21	28,77	24	32,88	28	38,36	73	
7 ou mais	9	28,13	11	34,38	12	37,50	32	
Estado civil								0,5619*
Solteiro	78	32,37	75	31,12	88	36,51	241	
Casado	81	37,16	68	31,19	69	31,65	218	
Divorciado	5	27,78	8	44,44	5	27,78	18	
Tem filhos?								0,1833*
Sim	72	39,13	53	28,80	59	32,07	184	
Não	88	30,88	94	32,98	103	36,14	285	
Tempo de empresa (anos)								0,0564*
entre 1 - 6 meses	1	8,33	8	66,67	3	25,00	12	
de 7 a 11 meses	23	33,82	24	35,29	21	30,88	68	
de 1 a 2 anos	42	31,58	34	25,56	57	42,86	133	
de 3 a 5 anos	69	35,94	65	33,85	58	30,21	192	
6 ou mais anos	31	36,47	22	25,88	32	37,65	85	
Segundo emprego								0,0041*
Sim	18	62,07	6	20,69	5	17,24	29	
Não	148	32,17	148	32,17	164	35,65	460	
Está estudando?								0,0739*
Sim	35	27,56	38	29,92	54	42,52	127	
Não	131	35,99	117	32,14	116	31,87	364	
Escolaridade								0,2687*
Ensino médio	32	32,99	35	36,08	30	30,93	97	
Graduação completa	18	26,87	20	29,85	29	43,28	67	
Cuidador								0,7145*
Sim	17	39,53	13	30,23	13	30,23	43	
Não	149	33,63	139	31,38	155	34,99	443	
Tempo de locomoção								0,2765**
Até 1 hora	119	34,49	103	29,86	123	35,65	345	
de 1 a 2 horas	41	30,60	50	37,31	43	32,09	134	
mais do que 2 horas	5	62,50	1	12,50	2	25,00	8	

* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

** p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

Quando comparados os gêneros com relação ao turno de trabalho ($p=0,0408$) e a renda ($p<0,0001$) observou-se diferenças significantes (Tabela 3):

Tabela 3: Análise de variáveis ajustado para Gênero. Campinas, SP, 2011.

Variável	Genero				Total	p-valor
	Masc		Fem			
	n	%	n	%		
Turno de trabalho						0,0408*
1º (Matutino)	75	35.55	136	64.45	211	
2º (Vespertino)	82	41.62	115	58.38	197	
3º (Noturno)	30	52.63	27	47.37	57	
Administrativo	6	66.67	3	33.33	9	
Renda - salário mínimo						< 0,0001*
1 a 2	57	30.65	129	69.35	186	
2 a 4	76	40.64	111	59.36	187	
5 a 6	42	57.53	31	42.47	73	
7 ou mais	21	65.63	11	34.38	32	
Tem filhos?						0,2638*
Sim	69	37.50	115	62.50	184	
Não	120	42.70	161	57.30	281	
Segundo emprego						0,1029*
Sim	16	55.17	13	44.83	29	
Não	182	39.82	275	60.18	457	
Escolaridade						0,9780*
Ensino Médio	48	50.53	47	49.47	95	
Graduação completa	34	50.75	33	49.25	67	

* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

** p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

Quando comparados os turnos, com relação à variável *escolaridade* ($p=0,0046$) mostrou-se uma diferença significativa (Tabela 4). Para a variável *segundo emprego* não houve associação de variáveis sociodemográficas (Tabela 5).

Tabela 4: Análise de variáveis ajustado para turno. Campinas, SP, 2011.

Variável	Turno de trabalho								Total	p-valor
	1º matutino		2º vespertino		3º noturno		Administrativo			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Renda - salário mínimo										-
1 a 2	80	43.72	80	43.72	23	12.57	0	0.00	183	
2 a 4	82	46.07	68	38.20	26	14.61	2	1.12	178	
5 a 6	31	43.06	30	41.67	6	8.33	5	6.94	72	
7 ou mais	14	43.75	14	43.75	2	6.25	2	6.25	32	
Tem filhos?										0,4842*
Sim	85	48.02	66	37.29	23	12.99	3	1.69	177	
Não	118	42.75	122	44.20	30	10.87	6	2.17	276	
Segundo emprego										0,3383**
Sim	13	46.43	9	32.14	5	17.86	1	3.57	28	
Não	197	44.27	190	42.70	50	11.24	8	1.80	445	
Escolaridade										0,0046**
Ensino Médio	44	46.32	39	41.05	12	12.63	0	0.00	95	
Graduação completa	36	55.38	16	24.62	7	10.77	6	9.23	65	

* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

** p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

Tabela 5: Análise de variáveis ajustado para segundo emprego. Campinas, SP, 2011.

Variável	Segundo emprego				Total	p-valor
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Renda - salário mínimo						0,3670**
1 a 2	11	5,85	177	94,15	188	
2 a 4	9	4,86	176	95,14	185	
5 a 6	4	5,48	69	94,52	73	
7 ou mais	4	12,90	27	87,10	31	
Tem filhos?						0,7241*
Sim	9	4,92	174	95,08	183	
Não	16	5,67	266	94,33	282	
Escolaridade						0,6997*
Ensino Médio	7	7,29	89	92,71	96	
Graduação completa	6	8,96	61	91,04	67	

* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

** p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

5.2. Análise das variáveis WHOQOL-Bref

De acordo com a Tabela 6, os domínios físico, psicológico e ambiente apresentaram diferenças significantes entre os grupos.

Tabela 6: Análise dos domínios do WHOQOL-Bref e comparação entre grupos. Campinas, SP, 2011.

Variável	Grupo	N	Média	Desv. Pad.	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor
Físico	A	166	68,75	15,82	25,00	71,43	100,00	< 0,0001*
	B	154	74,19	13,54	32,14	76,79	100,00	
	C	171	77,79	11,81	42,86	78,57	100,00	
Psicológico	A	166	68,35	16,66	12,50	70,83	95,83	0,0005*
	B	154	72,97	11,83	37,50	75,00	100,00	
	C	171	74,68	11,54	37,50	75,00	100,00	
Ambiente	A	165	58,54	13,36	25,00	59,38	93,75	0,0025
	B	154	59,38	10,72	31,25	59,38	90,63	
	C	171	62,83	11,59	25,00	62,50	100,00	

* Foi aplicada a transformação Box-Cox.

O grupo C (com zero a quatro faltas em doze meses) apresentou os melhores índices de qualidade de vida geral e em todos os domínios.

A qualidade de vida–score geral, os domínios físico, psicológico e ambiente apresentaram diferenças significantes entre os grupos A e C, tanto no teste ANOVA como no pós-teste de Tukey, conforme descreve a Tabela 7. O domínio social não mostrou associação ao grupo com maior número de faltas.

Tabela 7: Análise domínios do WHOQOL-Bref entre os grupos e pós-teste de Tukey. Campinas, SP, 2011.

Variável	Comparação	Resultado*
Físico	B-A	significante
	C-A	significante
	C-B	significante
Psicológico	B-A	significante
	C-A	significante
	C-B	não significante
Ambiente	B-A	não significante
	C-A	significante
	C-B	significante

* Pós-teste de Tukey.

A associação entre gênero e turno e os domínios do Whoqol Bref não se mostraram significantes (Tabela 8 e Tabela 9).

Tabela 8: Associação entre variável gênero e domínios do WHOQOL-Bref. Campinas, SP, 2011.

Variável	Gênero	N	Média	Desv. Pad.	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor*
Social	Masc	199	73,74	14,83	16,67	75,00	100,00	0,6800
	Fem	286	74,40	15,30	25,00	75,00	100,00	
Físico	Masc	199	74,39	13,98	32,14	75,00	100,00	0,2263
	Fem	287	72,94	14,55	25,00	75,00	100,00	
Psicológico	Masc	199	72,72	13,88	30,00	75,00	100,00	0,2196
	Fem	287	71,37	13,79	12,50	70,83	100,00	
Ambiente	Masc	199	60,57	11,32	31,25	62,50	87,50	0,6687
	Fem	286	60,09	12,70	25,00	59,38	100,00	

* p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney

Tabela 9: Associação entre variável turno de trabalho e domínios do WHOQOL-Bref. Campinas, SP, 2011.

Variável	Turno de trabalho	N	Média	Desv. Pad.	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor*
Social	1º (matutino)	211	75,3	14,5	25,0	75,0	100,0	0,3850
	2º (vespertino)	195	72,9	15,8	16,7	75,0	100,0	
	3º (noturno)	57	72,1	15,2	33,3	75,0	100,0	
	Administrativo	9	74,1	5,0	66,7	75,0	83,3	
Físico	1º (matutino)	211	74,9	14,1	25,0	75,0	100,0	0,0523
	2º (vespertino)	196	72,6	13,7	28,6	75,0	96,4	
	3º (noturno)	57	70,9	15,8	32,1	71,4	96,4	
	Administrativo	9	82,1	12,0	60,7	85,7	100,0	
Psicológico	1º (matutino)	211	72,8	13,4	20,8	75,0	100,0	0,1137
	2º (vespertino)	196	71,6	13,3	29,2	75,0	95,8	
	3º (noturno)	57	68,5	16,2	12,5	70,8	91,7	
	Administrativo	9	79,2	10,8	66,7	83,3	95,8	
Ambiente	1º (matutino)	210	61,3	12,0	25,0	62,5	100,0	0,0919
	2º (vespertino)	196	59,1	12,1	25,0	59,4	93,8	
	3º (noturno)	57	59,6	12,9	28,1	59,4	81,3	
	Administrativo	9	65,7	8,4	50,0	65,6	78,6	

* p-valor obtido por meio do teste de Kruskal-Wallis

As comparações envolvendo as variáveis gênero, turno e segundo emprego com relação aos domínios do WHOQOL-Bref demonstraram resultados significantes entre segundo emprego e os domínios social ($p=0,0079$) e físico ($p=0,0056$).

Tabela 10: Associação entre variável segundo emprego e domínios do WHOQOL-Bref. Campinas, SP, 2011.

Variável	Segundo emprego	N	Média	Desv. Pad.	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor*
Social	Sim	28	66.4	17.2	25.0	66.7	100.0	0.0079
	Não	456	74.6	14.9	16.7	75.0	100.0	
Físico	Sim	28	64.9	18.8	32.1	69.1	100.0	0.0056
	Não	457	74.2	13.9	25.0	75.0	100.0	
Psicológico	Sim	28	66.2	18.1	30.0	68.8	95.8	0.0805
	Não	457	72.5	13.4	12.5	75.0	100.0	
Ambiente	Sim	27	58.6	11.6	25.0	62.5	78.1	0.5900
	Não	457	60.4	12.1	25.0	62.5	100.0	

* p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney

O domínio ambiente foi o que apresentou menor contribuição para a qualidade de vida nos três grupos. As facetas do WHOQOL que contribuíram negativamente para o domínio ambiente foram: recursos financeiros, lazer e acesso a informação.

As facetas com menor contribuição para a qualidade de vida no domínio psicológico foram: autoestima, autoimagem e sentido para a vida (Grupos A e B), e autoestima, sentido para a vida e capacidade de aprender (Grupo C).

No domínio físico as facetas com menor contribuição para a qualidade de vida foram sono, energia e capacidade para o trabalho (Grupos A e B), e sono, energia e dor (Grupo C).

Os resultados do grupo A e B são semelhantes, mas, de modo geral, os resultados do WHOQOL tiveram avaliação semelhante entre grupos no que se refere aos domínios que impactam a qualidade de vida.

A análise dos domínios do WHOQOL-Bref e as variáveis gênero e turno de trabalho não apresentaram diferenças significantes entre os grupos. Houve, porém, diferença significativa entre os domínios social e físico do WHOQOL-Bref e a variável ter uma segunda atividade.

5.3. Análise das variáveis da escala de satisfação no trabalho (OSI) e capacidade atual para o trabalho

Os resultados da análise de consistência interna da Escala de Satisfação no Trabalho do OSI indicaram um coeficiente alfa de Crombach acima de 0,7 para todas as questões, conforme indica a Tabela 11, demonstrando uma excelente consistência de escala.

Tabela 11: Questões da Escala OSI, análise de Alpha de Crombach. Campinas, SP, 2011.

Questão	Alfa de Crombach
Q1	0,9516
Q2	0,9542
Q3	0,9509
Q4	0,9520
Q5	0,9499
Q6	0,9502
Q7	0,9541
Q8	0,9512
Q9	0,9501
Q10	0,9504
Q11	0,9516
Q12	0,9505
Q13	0,9509
Q14	0,9499
Q15	0,9507
Q16	0,9505
Q17	0,9509
Q18	0,9504
Q19	0,9530
Q20	0,9518
Q21	0,9521
Q22	0,9513
Total (n=379)	0,9534

Ao comparar os grupos a partir dos itens que compõem a Escala de Satisfação no Trabalho do OSI utilizando o teste Kruskal-Wallis, os grupos apresentam diferenças nos itens 1 (comunicação e fluxo de informação), 3 (sentimento sobre como os esforços são avaliados), 4 (o conteúdo do trabalho que faz), 5 (motivação para o trabalho), 6

(oportunidades de carreira), 8 (identificação com a imagem externa da empresa), 10 (a forma de implementação de mudanças e inovações), 12 (o grau em que pode crescer e se desenvolver no trabalho), 13 (como os conflitos são resolvidos), 14 (as oportunidades que o trabalho oferece para atingir aspirações e ambições), 15 (grau de participação nas decisões importantes) e 22 (grau em que desenvolve as potencialidades), considerando o nível de significância igual a 5% (Tabela 15).

Tabela 15: Análise das Variáveis da escala de satisfação no trabalho (OSI). Campinas, SP, 2011.

Variável	Grupo	N	Média	Desv. Pad.	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor*
Comunicação e fluxo de informação	A	160	3,47	1,33	1,00	4,00	6,00	0,0099
	B	148	3,74	1,15	1,00	4,00	6,00	
	C	163	3,89	1,01	1,00	4,00	6,00	
Relacionamentos com outras pessoas na empresa	A	159	4,72	1,01	1,00	5,00	6,00	0,8692
	B	148	4,74	0,94	1,00	5,00	6,00	
	C	164	4,68	0,98	1,00	5,00	6,00	
Como os esforços são avaliados	A	157	3,16	1,43	1,00	3,00	6,00	0,0002
	B	149	3,52	1,47	1,00	4,00	6,00	
	C	164	3,84	1,19	1,00	4,00	6,00	
Conteúdo do trabalho	A	161	4,25	1,24	1,00	5,00	6,00	0,0138
	B	149	4,40	1,18	1,00	5,00	6,00	
	C	167	4,66	0,96	1,00	5,00	6,00	
Motivação com o trabalho	A	159	3,45	1,58	1,00	4,00	6,00	0,0002
	B	150	3,58	1,44	1,00	4,00	6,00	
	C	167	4,14	1,18	1,00	4,00	6,00	
Oportunidades de carreira atual	A	155	2,61	1,38	1,00	3,00	6,00	< 0,0001
	B	150	3,01	1,47	1,00	3,00	6,00	
	C	164	3,43	1,33	1,00	3,00	6,00	
Segurança no emprego	A	158	4,01	1,53	1,00	4,00	6,00	0,5781
	B	150	4,01	1,39	1,00	4,00	6,00	
	C	164	4,19	1,18	1,00	4,00	6,00	
Identificação com a imagem externa da empresa	A	159	3,97	1,24	1,00	4,00	6,00	0,0055
	B	152	4,01	1,21	1,00	4,00	6,00	
	C	163	4,39	0,88	1,00	4,00	6,00	
Estilo da supervisão	A	160	3,63	1,50	1,00	4,00	6,00	0,0241
	B	150	3,63	1,49	1,00	4,00	6,00	
	C	166	4,04	1,15	1,00	4,00	6,00	
Como mudanças e inovações são implementadas	A	161	3,44	1,17	1,00	3,00	6,00	0,0138
	B	150	3,49	1,24	1,00	4,00	6,00	
	C	165	3,82	0,96	1,00	4,00	6,00	
Tipo de tarefa e trabalho	A	162	3,99	1,14	1,00	4,00	6,00	0,1783

em que é cobrado	B	150	4,01	1,14	1,00	4,00	6,00	
	C	161	4,22	0,89	2,00	4,00	6,00	
Oportunidade de crescimento e desenv. no trab.	A	157	3,01	1,61	1,00	3,00	6,00	
	B	148	3,10	1,53	1,00	3,00	6,00	0,0007
	C	166	3,60	1,30	1,00	4,00	6,00	
Como os conflitos são resolvidos	A	157	3,48	1,16	1,00	4,00	6,00	
	B	150	3,65	1,22	1,00	4,00	6,00	0,0004
	C	166	4,02	1,04	1,00	4,00	6,00	
Oportunidade que o trab. oferece para atingir Aspirações e ambições	A	158	2,93	1,49	1,00	3,00	6,00	
	B	149	2,99	1,43	1,00	3,00	6,00	0,0001
	C	166	3,54	1,23	1,00	4,00	6,00	
Grau de participação em decisões	A	160	2,89	1,50	1,00	3,00	6,00	
	B	149	2,99	1,29	1,00	3,00	6,00	0,0090
	C	165	3,33	1,29	1,00	4,00	6,00	
Grau em que a organiz. Absorve potencialidades	A	159	3,40	1,41	1,00	4,00	6,00	
	B	145	3,46	1,29	1,00	4,00	6,00	0,2031
	C	162	3,67	1,06	1,00	4,00	6,00	
Flexibilidade e liberdade no trabalho	A	160	4,08	1,34	1,00	4,00	6,00	
	B	146	3,97	1,27	1,00	4,00	6,00	0,2002
	C	163	4,25	1,14	1,00	4,00	6,00	
Clima psicológico na empresa	A	158	3,41	1,36	1,00	3,00	6,00	
	B	148	3,59	1,37	1,00	4,00	6,00	0,0058
	C	162	3,90	1,19	1,00	4,00	6,00	
Salário versus responsabilidade	A	158	3,25	1,45	1,00	3,00	6,00	
	B	148	3,41	1,55	1,00	4,00	6,00	0,1220
	C	162	3,57	1,41	1,00	4,00	6,00	
Estrutura organizacional da empresa	A	162	4,03	1,33	1,00	4,00	6,00	
	B	150	4,15	1,28	1,00	4,00	6,00	0,3977
	C	164	4,29	1,00	1,00	4,00	6,00	
O volume de trabalho a resolver	A	156	4,01	1,11	1,00	4,00	6,00	
	B	150	4,07	1,13	1,00	4,00	6,00	0,4687
	C	166	4,16	1,03	1,00	4,00	6,00	
Desenvolvimento de potencialidades	A	161	3,65	1,48	1,00	4,00	6,00	
	B	150	4,05	1,30	1,00	4,00	6,00	0,0063
	C	165	4,19	0,97	1,00	4,00	6,00	

* p-valor obtido por meio do teste de Kruskal-Wallis

O resultado do pós-teste de Dunn para as variáveis do OSI apresentou diferenças entre as mesmas variáveis relacionadas na Tabela 15, exceto para a variável nove (Estilo de Supervisão). No pós-teste de Dunn algumas variáveis da Escala de Satisfação no Trabalho do OSI mostraram significância também para o grupo B (com faltas entre cinco e nove dias ao ano). As variáveis são: motivação para o trabalho, oportunidades de carreira,

identificação com a imagem externa da empresa, oportunidade de crescimento e desenvolvimento, oportunidades que o trabalho dá para atingir aspirações e ambições caracterizando proximamente a subescala “realização e crescimento”.

Inicialmente foi construída a tabela com a descrição da Escala de Satisfação no Trabalho do OSI de acordo com os grupos (Tabela 16).

Tabela 16: Descrição da Escala de Satisfação no Trabalho (OSI). Campinas, SP, 2011.

Variável	Grupo	N	Média	D.P.	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
OSI total	A	124	79,15	20,38	28,00	65,00	79,50	94,50	120,00
	B	119	81,45	21,47	36,00	67,00	83,00	96,00	132,00
	C	136	89,18	17,17	48,00	74,00	88,50	104,00	124,00

Além disto, foi avaliada a relação entre a Escala de Satisfação no Trabalho e os domínios do Whoqol Bref por meio de um modelo de regressão linear múltipla considerando como variável dependente a Escala de Satisfação no Trabalho e ajustando por idade, turno e sexo (variáveis de controle no modelo).

Na Tabela 17 são apresentados os resultados da regressão logística multinomial a fim de estimar a chance de indivíduos apresentarem maior absenteísmo. A análise de regressão logística multilinear indica uma relação linear entre a satisfação no trabalho e a tendência em apresentar mais faltas.

Tabela 17: Análise Multinomial – Escala de Satisfação no Trabalho. Campinas, SP, 2011.

Modelo 01: Variável dependente = grupos

Variável	Odds ratio	Erro padrão	Intervalo de Confiança		p-valor
			Limite Inf.	Limite Sup.	
OSI total	0,98	1,01	0,97	0,99	< 0,0001

* Modelo ajustado por idade, turno e sexo. Valores de odds ratio maiores do que 01 indica uma maior chance de apresentar mais faltas.

Foi realizada a análise de regressão linear múltipla utilizando como variável dependente a Escala de Satisfação no Trabalho (OSI) e como variáveis independentes os domínios do WHOQOL-Bref. Os domínios físico e ambiente apresentaram resultados significativos para a satisfação no trabalho (Tabela 18).

Tabela 18: Análise de Regressão – Escala de Satisfação no Trabalho (OSI). Campinas, SP, 2011.

Modelo 1: Variável dependente = OSI

Variável	Coeficiente	Erro padrão	Intervalo de Confiança		p-valor
			Límite Inf.	Límite Sup.	
WHOQOL - físico	0,43	0,08	0,27	0,59	< 0,0001
WHOQOL - psicológico	0,00	0,09	-0,17	0,17	0,9713
WHOQOL - social	0,10	0,08	-0,04	0,25	0,1691
WHOQOL - ambiente	0,52	0,09	0,33	0,70	< 0,0001

* Modelo ajustado por idade, turno e sexo.

Os resultados da Tabela 18 indicam existir uma relação entre os domínios físico e ambiente com a satisfação no trabalho. O valor do coeficiente para estas duas variáveis é positivo, o que indica que melhores condições físicas e de ambiente contribuem para a maior percepção da satisfação no trabalho.



DISCUSSÃO

6. Discussão

Neste estudo as mulheres se mostraram mais propensas a faltar do que os homens. É importante esclarecer que há uma conotação biológica e social sobre o absenteísmo da mulher, e a tendência a apresentar maior absenteísmo já foi apontada em diversas pesquisas⁽¹⁰⁸⁻¹¹⁰⁾. O que não se esclareceu totalmente foram as razões específicas pelas quais este fenômeno ocorre, embora as discussões a respeito do contexto social do trabalho da mulher, feita por diversos autores tais como Helena Hirata⁽¹⁴⁾ e organizações como OIT, apontem a correlação entre gênero feminino e aumento da incidência de absenteísmo.

São antigos os achados sobre a correlação entre nível de absenteísmo e sexo. Johns (1978) encontrou correlação entre absenteísmo e sexo feminino em um estudo sobre satisfação no trabalho no qual foram analisadas as relações entre duas medidas de afastamento do trabalho e quatro grupos conceitualmente distintos de preceptores (satisfação no trabalho, características pessoais, estilo de liderança e conteúdo do trabalho)⁽¹¹¹⁾.

Outro estudo de meta-análise conduzido por Johns (2011), compreendendo estudos realizados em vários países, aponta um maior número de absenteísmo para as mulheres comparativamente com os homens, levando em consideração os fatores relacionados ao equilíbrio entre trabalho e família⁽¹¹²⁾.

Nos Estados Unidos, dados dos *US Department of Statistics* (2012) mostraram que as mulheres têm uma taxa média de 4,2% contra 2,3% de absenteísmo do que os homens⁽¹¹³⁾. No Canadá, os homens perderam menos dias de trabalho do que as mulheres 7,7% (sendo 6,4% por doença ou deficiência, mais 1,4% para demandas

peçoais ou familiares) *versus* 11,4% (9,4% por doença ou deficiência, mais 2,0% para demandas peçoais ou familiares)⁽¹¹⁴⁾.

Na Noruega, no último quartil de 2012, a média de absenteísmo geral dos trabalhadores (ajustado para Influenza) foi de 6,6%, sendo 5,1% dos homens e 8,6% das mulheres⁽¹¹⁵⁾.

Kornstein et al (2000), sugere que a mulher apresenta uma cultura de absenteísmo diferente dos homens, a qual é legitimada por razões domésticas e familiares. Violência doméstica contra a mulher, abuso sexual e assédio também são indicados como fatores que influenciam o aumento do absenteísmo no sexo feminino⁽¹¹⁶⁾.

Apesar de não ter sido investigado, na empresa em questão, situada em região metropolitana é comum o relato de mulheres que sofrem com as questões de violência doméstica e também casos de assaltos e tentativas de abuso sexual em bairros da periferia.

Efeitos do estresse no trabalho também diferem por gênero; mulheres têm papéis e responsabilidades diferentes dos homens, incluindo os papéis que exerce fora do trabalho como a carga do "segundo turno" em que as mulheres enfrentam suas responsabilidades domésticas^(117, 108-110). Embora Helena Hirata, em suas discussões sobre gênero, faça referência ao fato dos homens estarem cada vez mais presentes no cumprimento das atividades domésticas e cuidados com os filhos, a autora refere que esta presença ainda é incipiente e caracterizada pelos homens como casual⁽¹⁴⁾. Assim, as demandas e pressões de trabalho, combinados com a administração da vida doméstica, pode ser considerada uma variante de gênero^(108, 118).

Segundo dados do IBGE, nas duas últimas décadas a autonomia das mulheres e a igualdade de gênero são reconhecidas como “meios eficazes de combater a pobreza, a fome e as doenças, além de estimular um desenvolvimento verdadeiramente sustentável”, de acordo com o Portal Brasil do Governo Federal⁽¹¹⁹⁾.

As estatísticas sobre mulheres mostram que cada vez mais elas estão presentes no mercado de trabalho e com nível de escolaridade maior do que os dos homens⁽¹⁴⁾. Sem dúvida, estas mudanças influenciam o comportamento social das mulheres tanto no âmbito público como no privado.

Houve o aumento na proporção de mulheres responsáveis pelo núcleo familiar no Brasil em dez anos, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2011)⁽¹¹⁹⁾, que era de 4,5% mulheres responsáveis pela família em 18,3% e 18,4% dos casais sem filhos e com filhos, respectivamente.

Este resultado aponta a necessidade das empresas criarem melhores ambientes de suporte para a mulher, visto que é maior a inserção destas no mercado de trabalho. Apesar de a empresa pesquisada disponibilizar a ajuda de custo para creche, seria importante haver um mecanismo de flexibilização da jornada de trabalho em situações de adoecimento dos filhos, por exemplo.

As variáveis turno de trabalho noturno e possuir uma segunda atividade laboral estiveram também associadas ao grupo com maior absenteísmo e houve diferença significativa entre os grupos A (com mais do que dez faltas no ano) e C (com menos de quatro faltas no ano).

As facetas do WHOQOL relacionadas a sono, energia e capacidade para desenvolver atividades do dia a dia apresentaram diferença significativa indicando um impacto negativo sobre o grupo com maior absenteísmo.

Segundo Selligman-Silva (1997), é importante discutir aqui as conotações negativas do processo de desumanização no trabalho que, sutilmente, se reveste de um caráter de comprometimento psicológico e emocional, mas que na verdade pode estar relacionado à fadiga já é reconhecida por vários dos autores como mediador nos processos de adoecimento que atingem a saúde geral e a mental.

O trabalho em turnos é uma das ferramentas mais utilizadas pelas organizações a fim de atender a demanda por produtos e serviços, também devido à rigidez de processos como nas indústrias químicas, de energia, transformação em geral e, também, na prestação de serviços de alimentação, assistência a saúde, telecomunicações, entre outras.

Os efeitos biológicos do trabalho noturno, com evidente troca do dia pela noite, já são bem conhecidos e discutidos na literatura. Dentre os vários formatos de turno utilizados, o turno noturno com escala fixa ou alternada provoca a chamada síndrome *shift-lag*, caracterizada por fadiga, sonolência, insônia, desorientação, problemas digestivos, irritabilidade, agilidade mental reduzida e redução de desempenho^(120,121).

Turnos noturnos resultam em maior perda de tempo total de sono do que os horários noturnos e turnos rotativos⁽¹²¹⁻¹²⁴⁾. Enquanto alguns estudos têm argumentado que o trabalho noturno permanente pode ter benefícios em termos de ajuste circadiano de trabalho por turnos, há pouco apoio para este argumento^(121,125). Variações nos modelos

de rotação por turnos mais rápidos estão associados à maior redução do sono, ao contrário das rotações mais lentas (pelo menos três semanas no turno fixo)^(121,126).

Em estudo de revisão sistemática, a partir do qual foram selecionados 24 estudos de um total de 1.207 (mil duzentas e sete) referências, os autores avaliaram nove estudos como sendo de alta qualidade e que foram utilizados como síntese de evidência.

A associação encontrada entre o trabalho à noite e as faltas por doença no gênero feminino em trabalhadores da saúde implicou que a associação entre turno de trabalho e licença médica poderia estar relacionada ao horário fixo noturno dos trabalhadores⁽¹²⁷⁾. Evidência anterior sobre os efeitos do trabalho em turnos e absenteísmo é conflitante, em parte devido à variedade de sistemas de turnos existentes.

Um estudo realizado por Taylor, Pocock e Sergean (1972), no qual obtiveram registros de ausência ao longo de dois anos em 29 organizações onde estiveram envolvidos seis tipos de sistema de turnos (três turnos descontínuos – de segunda a sexta, três turnos contínuos – sete dias por semana com quatro grupos de trabalhadores, três turnos contínuos com rotatividade dos trabalhadores nos turnos a cada dois ou três dias, turno noturno permanente, turno alterado entre dia e noite, turno de dois dias alterando com folgas. Não foram encontradas diferenças significativas no padrão de diagnóstico das ausências com atestado médico e as comparações do turno diurno e cada um dos seis tipos de turnos⁽¹²⁸⁾.

As estatísticas europeias mais recentes identificaram que 18,8% dos trabalhadores trabalhavam em turnos noturnos, dos quais 24% são homens e 12% mulheres. A maioria dos estudos e relatórios refere-se ao trabalho em turnos, incluindo o trabalho noturno como fator de risco grave para a saúde dos trabalhadores por interferir nos principais

fatores que afetam a vida humana como, por exemplo, os aspectos biológicos, a capacidade para o trabalho, as relações sociais e as condições da saúde física e psicológica⁽¹²⁰⁾.

Na empresa avaliada por esta pesquisa é dada a opção para os trabalhadores na escolha do turno de preferência sendo observado que, o turno noturno é escolhido pelos trabalhadores que tem demandas familiares ou relacionadas a estudo durante o dia. Este fato é um agravante para a saúde física, visto que denota a privação de sono.

É também importante mencionar a preferência de alguns trabalhadores pelo turno noturno a fim de obter o adicional que incide sobre o salário, melhorando o rendimento financeiro, sem contar os trabalhadores que tem uma boa adaptação ao trabalho noturno havendo preferência por este horário.

Apesar de vários estudos indicarem que o trabalho em turno compromete a vida social^(120-123, 127), o domínio social do WHOQOL-Bref não apresentou resultado significativo em relação aos grupos, sendo o domínio com maior contribuição para a qualidade de vida nos três grupos.

A variável *ter segunda atividade* teve resultado significativo em relação ao grupo com maior absenteísmo, nos domínios físico e social. Alguns trabalhadores relatam ter mais de uma atividade fora do trabalho a fim de obter uma segunda fonte de renda, tais como pequenos negócios familiares, ou então, estão dedicados voluntariamente a atividades com a comunidade. É comum o relato de trabalhadores que referem estar ajudando familiares, construindo ou reformando sua casa, trabalhando em atividades religiosas, entre outras. Estas atividades não são necessariamente impactantes para a

saúde, mas podem comprometer o rendimento no trabalho causando absenteísmo, fadiga e estresse.

A idade média encontrada entre os trabalhadores nesta pesquisa foi de 29 anos no Grupo A, 28 anos no Grupo B e 30 anos no Grupo C. O pré-requisito para a contratação na empresa é possuir o Ensino Médio completo. No Grupo A, 27% possuíam o Ensino Superior completo, no grupo B esse contingente foi de 30% e, Grupo C, 43,2% dos participantes.

Uma comparação internacional sobre educação e mercado de trabalho de jovens de 15 a 29 anos de idade, realizada pela *Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico* (OECD, 2011), relata a complexa realidade deste grupo etário em diferentes contextos sociais. Segundo esta pesquisa, a proporção de pessoas neste segmento que estavam estudando foi semelhante para o Brasil (34,8%) e México (34,0%), no entanto, a proporção daqueles que não trabalhavam nem estudavam foi mais elevada no México, 24,4%, do que no Brasil, 19,8%.

O percentual de jovens que estavam fora da educação formal e do mercado de trabalho também foi elevado na Irlanda (21%), Espanha (23,8%) e Itália (23%) como um reflexo da crise econômica atual por que passam estes países. Em períodos de crise o desemprego tende a ser ainda maior entre os jovens e, ao contrário, em épocas de crescimento os jovens são atraídos para o mercado de trabalho^(129, 130).

O mesmo estudo da OECD (2011) identificou uma maior vulnerabilidade dos jovens que não concluíram o Ensino Médio em relação ao desemprego e tempo em que permanecem desempregados, de modo que estes jovens sofrem com trabalhos mais instáveis, inseguros e menor remuneração⁽¹³⁰⁾.

Um estudo transcultural realizado com 9.404 (nove mil quatrocentos e quatro) adultos com e sem doença, recrutados em níveis de atenção primária, secundária, terciária e em reabilitação em 23 países (Argentina, Austrália, Brasil, Bulgária, China, Croácia, Alemanha, Grécia, Hungria, Israel, Itália, Índia (Madras & New Delhi), Japão, Malásia, Holanda, Nigéria, Noruega, România, Rússia, Espanha, Turquia, Inglaterra e Estados Unidos) investigou a relação entre qualidade de vida (QV) relacionada à saúde, organizadas em domínios físico, psicológico, social e ambiental⁽¹³¹⁾.

Os resultados mostraram que a qualidade de vida relacionada ao ambiente aumentou de forma positiva e progressivamente na classificação que variava de “nenhuma educação” para o “ensino superior”. Nos outros três domínios também houve uma relação positiva até ao nível do ensino secundário. Estes resultados foram significativamente influenciados pelo estado de saúde, idade, cultura e nível de desenvolvimento econômico. Sentimentos mais positivos, menos dependência de medicamentos e tratamento, melhores percepções de recursos financeiros, ambiente físico e as oportunidades de informações e habilidades representam vantagens de qualidade de vida de adultos que receberam educação superior em comparação com o ensino secundário⁽¹³¹⁾.

Apesar do resultado desta pesquisa não demonstrar a associação entre escolaridade e absenteísmo, visto que a escolaridade mínima para o trabalho é o ensino médio, há um percentual relativamente maior de funcionários com graduação completa no grupo com menor absenteísmo.

O que podemos sugerir a partir desta discussão é que as políticas de incentivo ao estudo por parte das organizações poderiam ser um fator de proteção para o

absenteísmo. Pesquisas nesta área necessitam ser conduzidas a fim de confirmar esta hipótese.

O WHOQOL-Bref e WHOQOL-100 são amplamente utilizados em pesquisas internacionais sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, isto é, pesquisas que avaliam o impacto das condições de doença e desabilitadoras sobre a qualidade de vida. No entanto, a avaliação da qualidade de vida no trabalho, utilizando o questionário WHOQOL-Bref em trabalhadores, é ainda escassa na literatura brasileira. Poucas pesquisas discutem os aspectos avaliados pelo WHOQOL em diferentes segmentos do trabalho.

Os domínios do WHOQOL-Bref apresentaram resultados significativos nos domínios Físico, Ambiente e Psicológico e estes domínios indicam correlação negativa com o absenteísmo.

Entre os domínios, o *Ambiente* foi o que apresentou os menores escores, impactando negativamente a qualidade de vida dos três grupos. As facetas pertencentes a este domínio são: Segurança Pessoal; Ambiente Físico; Renda Financeira; Aquisição de Informações; Oportunidades de Lazer; Condições de Moradia; Acesso a Serviços de Saúde e Transporte. Em especial as facetas, financeira, lazer e aquisição de informação apresentaram os menores escores para a qualidade de vida nos três grupos avaliados.

Em estudo de avaliação da qualidade de vida, utilizando o WHOQOL-Bref na mesma empresa no ano de 2004, a autora identificou o mesmo resultado para o domínio ambiente, no qual as facetas “aspectos financeiros” e “lazer” foram as que contribuíam negativamente para a qualidade de vida dos trabalhadores⁽¹³²⁾.

A faceta que avalia Recursos Financeiros explora a opinião da pessoa sobre como seus recursos financeiros contribuem com suas necessidades para um estilo de vida saudável e confortável. A pergunta inclui aspectos da satisfação ou descontentamento com a capacidade que a pessoa tem de obter as coisas que deseja e também traz um sentido da dependência ou independência fornecida pelos recursos financeiros que possui, bem como o sentimento de “ter o suficiente”. Em estudo de uma comunidade universitária no Brasil, Maciel *et al.* (2013) encontraram significância no domínio ambiente (renda) impactando a qualidade de vida da amostra estudada⁽¹³³⁾.

Segundo o IBGE (2012), a renda média do trabalhador no Estado de São Paulo (dados de 2009) é de R\$1.796,00. Observamos que a renda familiar estabelecida pelos trabalhadores na pesquisa foi em média de três salários mínimos (R\$ 1.635,00).

O governo brasileiro define a classe média brasileira considerando a renda familiar como critério básico. Uma comissão de especialistas, formada pela Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) da Presidência da República, definiu que a nova classe média é composta por indivíduos que vivem em famílias com renda *per capita* (soma dos salários dividida pelo número de pessoas na família) entre R\$291,00 e R\$1.019,00. Esta comissão dividiu a classe média em três grupos: a baixa classe média, composta por pessoas com renda familiar *per capita* entre R\$ 291,00 e R\$ 441,00; a média classe média, com renda compreendida entre R\$441,00 e R\$641,00 e a alta classe média, com renda superior a R\$641,00 e inferior a R\$ 1.019⁽¹²⁹⁾.

A população avaliada apresentou uma faixa salarial compatível com a classe média. Para o mercado de trabalho da região onde a empresa está estabelecida o salário inicial é de R\$1.312,00, um pouco acima do salário dessa região (R\$1.100,00) para o mesmo segmento. O valor do salário na empresa pesquisada enquadra-se na média de

rendimento das famílias brasileiras de um a dois salários mínimos (31,9%) e dois a três salários (12.6%)⁽¹²⁹⁾.

Os aspectos da globalização que determinam o comportamento de consumo são um importante contexto a ser considerado. A referência nacional da despesa média das famílias brasileiras em área urbana é de R\$2.544,64 por mês⁽¹³²⁾ para o Estado de São Paulo. O que demonstra certa incompatibilidade entre o que o governo classifica como classe média *versus* a despesa das famílias, demonstrando um *deficit* considerável entre a renda e média de gastos.

Esta associação entre a faceta renda e o absenteísmo colabora para o entendimento sobre os relatos dos trabalhadores em relação aos problemas de endividamento financeiro e uma possível estratégia de enfrentamento destes trabalhadores para obter o desligamento da empresa a fim de receber maiores valores rescisórios para quitação de dívidas.

Ao relacionar lazer com aspectos financeiros podemos sugerir uma possível interface entre estes dois fatores. Segundo Almeida e Gutierrez, existem correntes antagônicas que definem lazer: uma relaciona-o à mercadoria a ser consumida no sentido de entretenimento, ajudando a “suportar ou a conviver com uma sociedade cada vez mais injusta e insatisfeita”, a outra vê o lazer gerado historicamente na sociedade e vivido de forma a causar questionamentos culturais da ordem estabelecida⁽¹³⁵⁾.

Segundo Dejours (2004), há predomínio dos aspectos relacionados à saúde mental atribuídas à modernidade que gera mudanças das expectativas do homem em relação ao seu bem estar, qualidade de vida no espaço privado, do conforto do trabalho e do gozo do lazer que estariam diretamente relacionados com a elevação progressiva no

nível cultural e nível de vida. Desta mudança surgem novas frustrações, assim como novas reclamações sociais em termos de sofrimento e de psicopatologia⁽¹³⁴⁾.

A definição de lazer é, assim, tida como o conjunto de ações escolhidas pelo sujeito para diversão, recreação e entretenimento num processo pessoal de desenvolvimento. O lazer como contraponto do trabalho deveria trazer aspectos lúdicos, culturais e de oportunidades que podem ser disponibilizadas e incentivadas através de programas na empresa e políticas públicas⁽¹³⁵⁾.

Num estudo de revisão sistemática feito por Kossek e Ozeki (1998), os autores avaliaram a relação entre trabalho e família, políticas de trabalho e satisfação com a vida. Os resultados mostram que existe uma relação negativa consistente entre todas as formas de conflito trabalho-família e satisfação no trabalho⁽¹³⁶⁾. Deste modo, o lazer poderia exercer um papel importante no equilíbrio entre as horas de trabalho e o convívio familiar.

Autoestima e sentido para a vida foram as facetas do domínio psicológico com impacto negativo sobre a qualidade de vida dos três grupos, porém com diferença significativa para o grupo com maior número de faltas.

Pesquisadores argumentam que as pessoas preferem se sentir bem ao invés de sentirem-se mal sobre si mesmos e buscam maneiras de automelhoria a fim de promover a autoestima⁽¹³⁷⁾, sendo que uma maior autoestima tem sido relacionada positivamente com uma melhor percepção de si mesmo⁽¹³⁸⁾. A tendência dos indivíduos para se autoavaliarem em condições mais favoráveis do que as pessoas em geral foram particularmente maiores entre aqueles com autoestima elevada⁽¹³⁹⁾.

O estudo de Huysse-Gaytandjieva, Groot e Pavlova (2012) discute a dificuldade dos trabalhadores em adaptarem-se à insatisfação geral com o trabalho a partir da análise de fatores como as características sociodemográficas, os atributos de personalidade, o tipo de ocupação, as condições de trabalho, o tipo de setor e as características contextuais relacionadas ao trabalho⁽¹⁴⁰⁾. Com base nos resultados da análise o estudo forneceu evidências de que todo este conjunto de fatores pode prever o estado de insatisfação com o trabalho. Os resultados também sugerem que a adaptação à insatisfação ao trabalho pode ser mais bem entendida se atribuída à personalidade, tal como ocorre com a autoestima. Desta maneira, os autores evidenciam os fatores que determinam que, mesmo insatisfeitos com o trabalho, os indivíduos com certas características psicológicas, entre elas baixa autoestima, se mantêm nele como que se sentindo “presos no trabalho”⁽¹⁴⁰⁾.

Os domínios físico, psicológico e ambiente do WHOQOL-Bref apresentaram associação significativa o absenteísmo. Em estudo realizado por Mayer (2012), é evidenciado que tais domínios analisados influenciam significativamente a QVT geral, sugerindo que estes domínios podem ser considerados como prioridades nas estratégias da empresa para melhorar a QVT dos funcionários⁽¹⁴¹⁾.

A qualidade de vida no trabalho e a satisfação com a vida foi evidenciada em estudo comparativo realizado na União Europeia e mostrou-se variável de acordo com a perspectiva econômica do país, a segurança no emprego e econômica, a autonomia no trabalho, a perspectiva de carreira e salário e as condições de trabalho⁽¹⁴²⁾.

A Escala de Satisfação no Trabalho (OSI) apresentou resultados significativos em relação ao grupo com maior absenteísmo nas variáveis que compõem o desenho

organizacional, a realização e crescimento, os processos organizacionais e as características do trabalho (o trabalho em si).

Hackman e Suttle (1977) definem um modelo bastante apropriado para explicar o resultado encontrado nesta pesquisa, no qual a satisfação no trabalho está associada a variáveis relacionadas, por sua vez, a dimensões essenciais do trabalho (significado e identidade da tarefa, variedade das habilidades, autonomia e *feedback*), estados psicológicos críticos (experiência de ver o trabalho como significativo, vivência da responsabilidade pelos resultados profissionais, conhecimento dos reais resultados das atividades profissionais) e resultados pessoais (alta motivação interna no trabalho, desempenho de alta qualidade, alta satisfação no trabalho, baixo absenteísmo e rotatividade), de modo que a satisfação no trabalho e o absenteísmo se destacam como resultados pessoais⁽¹⁴³⁾.

A discussão mais importante aqui deve ser feita sobre a relação entre qualidade de vida e a ergonomia no sentido de que esta última discute a centralidade do trabalho, sua importância social, econômica, política, tecnológica e que integram diferentes atores (trabalhadores, gestores, dirigentes, usuários e clientes).

Os indicadores sociais e econômicos críticos trazem a tona uma importante questão, que é a de conciliar bem-estar aos trabalhadores, o sucesso das organizações e a satisfação dos usuários e consumidores de bens e serviços. Nesta tentativa de equilíbrio, provavelmente a balança penderá hora para um lado, hora para outro e dificilmente se equilibrará enquanto o trabalhador for considerado uma variável de ajuste, sem promover as mudanças necessárias nas condições de trabalho, organização, relações pessoais⁽¹⁴⁴⁾.

Os problemas que derivam dos conflitos entre organização, métodos de trabalho, flexibilização e necessidades dos trabalhadores vem acompanhados de indicadores críticos sendo estes relacionados à *performance* no trabalho e comprometimento da saúde física e mental. No rol de indicadores críticos encontram-se o absenteísmo crônico, que superam as taxas administráveis e sobrecarregando aqueles que permanecem trabalhando. Para muitos trabalhadores, faltar sistematicamente funciona como estratégia de preservar a própria saúde física e mental⁽¹⁴⁵⁾.

Acidentes e doenças ocupacionais e licenças de saúde se multiplicam nas organizações especialmente aquelas relacionadas ao aparelho osteomuscular. E a rotatividade de trabalhadores nas organizações privadas que, em virtude do efeito combinado de diversos fatores (por exemplo, precarização das relações e condições de trabalho, baixos salários) incentiva os trabalhadores a mudar de emprego constantemente e fundamentam seus modelos de gestão com base na rotatividade sistêmica ⁽¹⁴⁵⁾.

O pressuposto desta discussão leva a crer que é necessário discutir um modelo que trate sistemicamente a questão a partir de um diagnóstico eficaz dentro de cada organização. Este diagnóstico deve levar em consideração, simultaneamente, as questões sistêmicas e holísticas, bem como deve considerar os processos metodológicos para este tipo de avaliação⁽¹⁴⁶⁾.

CONCLUSÃO

7. Conclusão

Este estudo investigou a existência de associações entre satisfação no trabalho, qualidade de vida e absenteísmo conforme referências sistematizadas nos principais referenciais teóricos expostos na introdução desta tese, demonstrando uma boa confiabilidade das escalas utilizadas e uma amostra representativa da população de trabalhadores da empresa.

Os resultados desta pesquisa apontam que o absenteísmo é uma questão complexa, influenciada por diferentes variáveis como as demográficas (gênero feminino, segunda atividade e turno) e os domínios da qualidade de vida (físico, psicológico e ambiente), sendo que foi observada uma associação entre o domínio físico e ambiente com a escala de satisfação no trabalho.

Por último, observou-se uma relação entre a satisfação no trabalho e o absenteísmo nos componentes que compreendem os fatores desenho organizacional, realização e crescimento, processos organizacionais e características do trabalho. Vários fatores de associação foram encontrados, confirmando as principais contribuições literárias anteriores, em especial os que dizem respeito aos aspectos relacionados à motivação, à carreira, à liderança, ao relacionamento interpessoal, ao clima organizacional, à flexibilidade e à liberdade e ao reconhecimento.

A revisão da literatura suporta os resultados desta pesquisa, que identifica a satisfação no trabalho e seus componentes como influenciador sobre os níveis de absenteísmo de trabalhadores. A percepção de um trabalhador sobre sua satisfação com o trabalho e o nível de comprometimento com a organização estão sujeitos ao papel que a gestão desempenha, assim como a comunicação, imagem da empresa e

reconhecimento. Garantir políticas e procedimentos eficazes no local de trabalho podem contribuir para a redução do absenteísmo. Os gestores têm um papel na condução adequada das políticas organizacionais, assegurando que os trabalhadores encontrem uma cultura de honestidade e confiança.

Neste estudo, deve-se considerar que há limitações impostas pelo recorte investigativo realcionada à Escala de Satisfação no Trabalho, enquanto reflete a percepção do trabalhador frente a sua interação individual com o ambiente e métodos de trabalho. O trabalhador interage com a organização e está subordinado aos condicionantes sociais, próprios de cada região. A empresa, por sua vez, está inserida num mercado com características próprias, regionais e global.

É importante ressaltar que o absenteísmo de curto prazo denota um comportamento compensatório que permite aos trabalhadores ter dias de folga devido ao estresse causado pela insatisfação no trabalho. Com base em minha opinião pessoal, a motivação de uma pessoa para o trabalho é, principalmente, devido à motivação intrínseca, satisfação com a carga de trabalho, satisfação com a qualidade de vida, o quanto uma pessoa se sente recompensada e das possibilidades de desenvolvimento profissional.

Em relação ao domínio psicológico do WHOQOL Bref, é possível que o estresse, associado aos fatores levantados pelo domínio Ambiente, tais como questões financeiras e lazer, seja responsável por parte dos sintomas que levam ao absenteísmo e que impactam também o domínio físico, além de fatores como trabalho em turno e ter uma segunda atividade.

Além disto, cabe ressaltar que é notório o aumento do nível de absenteísmo nas organizações como um todo, a exemplo de instituições públicas, hospitais, setor de serviços. Esta tendência está relacionada aos fatores que levam à precarização do trabalho e reflete, antes de tudo, a resposta do trabalhador frente a falta de suporte e oportunidades oferecidas pelas organizações e pelo sistema político, social e econômico.

Como desdobramento desta pesquisa a direção da empresa onde os participantes deste estudo têm origem autorizou o desenvolvimento de um projeto multidisciplinar que envolvesse a supervisão da área pesquisada, profissionais das áreas de recursos humanos, saúde e segurança do trabalho, comunicação e gerência.

O projeto envolveu a apresentação dos resultados da pesquisa a todas as lideranças, incluindo líderes de linha de manufatura, o levantamento de necessidades através de entrevistas semi-estruturadas no sentido de levantar ações práticas junto aos líderes de linha e a partir das quais foram levantadas aproximadamente 99 oportunidades de melhoria.

Estas melhorias envolveram a revisão do plano de desenvolvimento de carreira, do sistema de comunicação, dos programas de reconhecimento e sugestões de melhorias, da intensificação dos projetos de melhoria contínua com a participação de todos os colaboradores e do incentivo ao esporte e ao lazer.

Apesar de não ter sido objeto do estudo, convém mencionar que os indicadores de absenteísmo tiveram uma melhora importante nos doze meses subsequentes à implantação de melhorias.

Vale ressaltar que a contribuição da enfermagem do trabalho para a saúde dos trabalhadores está além das atividades relacionadas ao cumprimento das normas

regulamentadoras pertinentes a saúde ocupacional, mas compreende a abordagem e observação desde o ambiente macroeconômico, da organização do trabalho, comportamento organizacional, além dos aspectos sociais e dos domínios da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

8. Referências

1. Hackman J, Oldham R, Greg R. Development of the job diagnostic survey. *J Appl Psychol.* 1975; 60(2):159-170.
2. Swan JA, Moraes LFR, Cooper CL. Developing the occupational stress indicator (OSI) for use in Brazil: A report on the reliability and validity of the translated OSI. *Stress Med.* 1993 Jun; 9:247-253.
3. World Health Organization (org.). WHOQOL-bref: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment [on-line]. 1996. [Acesso em: 03 mar. 11]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.
4. United Nations Development Group (UNDG). Growth and employment in the post-2015. In: Agenda messages from a global consultation [on-line]. 2013. [Acesso em 23 nov. 13]. Disponível em: <http://www.worldwewant2015.org/employment>.
5. Duijts SFA, Kanta I, Swaen GMH, Brandt PA, Zegeegers MPA. A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. *J Clin Epidemiol.* 2007; 60:1105-15.
6. Leite MP. O trabalho e suas reconfigurações: conceitos e realidades. In: Leite MP, Araújo AMC (org.). *O trabalho reconfigurado: ensaios sobre Brasil e México.* São Paulo: Annablume; 2009:20-4.
7. Leite M. O trabalho dos anos 2000: duas faces do mesmo processo. In: Oliveira RV, Gomes D, Targino, I. (org.). *Marchas e contramarchas da informalidade do trabalho: das origens às novas abordagens.* João Pessoa: Editora Universitária; 2011:29-39.
8. Lima J. A terceirização e seus espaços: os territórios da precariedade – a experiência da indústria de confecção e calçados. In: Dau D, Rodrigues I, Conceição J. *Terceirização no Brasil: do discurso à precarização do trabalho.* São Paulo: Annablume; 2009:70-5.
9. Kawachi I. Globalization and workers' health. *Ind Health.* 2008; 46:421-3.
10. Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Relatório 1: Percepção dos trabalhadores sobre intensidade e exigências no ambiente de trabalho [on-line]. Brasília (DF); 2012 March [Acesso em 20 nov. 2013]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/120307_sips_intensidadedotrabalho_1.pdf.
11. International Institute for Labour Studies. International Labour Organization (ILO). *World of Work Report 2013: repairing the economic and social fabric.* [Acesso em 10 jan. 2014]. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_214673.pdf.
12. Dejours C, Deranty JP. The centrality of work [on-line]. *Crit. Horizons.* 2010;11(2):167-180. [Acesso em 20 nov. 2013]. Disponível em: <http://www.cefc>.

com.hk/uf/file/CEFC%20Taipei%20pdf/Dejours%20and%20Deranty%20-%20The%20Quality%20of%20Work.pdf.

13. Wisner A. A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia. Roberto Leal Ferreira (trad.). São Paulo: FUNDACENTRO, 1994. 191p.
14. Hirata H, Kergoat D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cad Pesq.* 2007 Sep-Dec; 132(37):595.
15. Hughes E. On the link between “good people” and the “dirty work” they implicitly ask others to do, notably in relation to political contexts, see the classical reflections. In: Hughes E. Good people and dirty work. *Soc Probl.* 1962;10(1):3-11.
16. Dejours C. From psychopathology to psychodynamics of work. In: Smith N, Deranty JP (eds), *New Philosophies of Labour*. Leiden: E.J. Brill, 2010.
17. Henry M. *Philosophie et phénoménologie du corps*. Paris: Presses Universitaires de France, 1997.
18. Dejours C. Centralité du travail et théorie de la sexualité. *Adolescence.* 1996;14:9-29.
19. Ogilvie B. Travail et ontologie de la résistance. *Théoriques.* 2008;1:25-46.
20. Dejours C. *Travail et emancipation*. Paris: Payot, 2009.
21. Walton RE. Quality of working life: what is it? *Slow Man-Agement Review.* 1973; 15(1):11-21.
22. Amos EA, Weathington BL. An analysis of the relation between employee-organization value congruence and employee attitudes. *J Psychol.* 2008 Nov;142(6):615-31.
23. Molinier P. Care as Work: Interdependent Vulnerabilities and Discreet Knowledge. In: Smith N. Deranty J.P. *New Philosophies of Labour.* 2012;(13):251-263.
24. Robbins, SP. *Fundamentos do comportamento organizacional*. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.
25. Rosenzweig PM, Nohria N. Influences on human resource management practices in multinational corporations. *J Inter Business Studies.* 1994; 25:229-251.
26. Vink P, Koningsveld E, Molenbroek JF. Positive outcomes of participatory ergonomics in terms of greater comfort and higher productivity [on-line]. *Applied Ergonomics.* 2006 Jul; 37(4):537-546. [Acesso em 04 apr. 13]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo>.
27. Eddy J, Hall SJD, Robinson SR. How global organizations develop local talent. *McKinsey Quarterly.* 2006; 3:6-8.
28. Rokeach M. *The nature of human values*. Nova York: Free Press; 1973:5.

29. Limongi-França, AC. *Qualidade de Vida no Trabalho – QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial*. São Paulo: Atlas; 2003.
30. Zemke R, Raines C, Filipczak B. *Generations at work: managing the Clash PF veterans, boomers, xers, and nexters in your workplace*. Nova York: AMACCOM; 1999.
31. Gursoy D, Mayer TA, Chi CG. Generational differences: a examination of work values and generational gaps in the hospitality workforce. *Int J Hosp Manag*. 2008 Sep; 27(3):448-458.
32. Wang G, Peggy DL. Psychological empowerment and job satisfaction - an analysis of interactive effects. *Group & Organization Management*. 2009 Jun;34(3):271-296.
33. Seibert SE, Wang G, Courtright SH. Antecedents and consequences of psychological and team empowerment in organizations: a meta-analytic review. *J Appl Psychol*. 2011 Sep; 96(5):981-1003. doi: 10.1037/a0022676.
34. Locke EA. *The nature and causes of job satisfaction*. Chicago: Rand McNally, 1976; 1300p.
35. Amos EA, Weathington BL. An analysis of the relation between employee-organization value congruence and employee attitudes. *J Psychol*. 2008 Nov; 142(6):615-31.
36. Antón C. The impact of role stress on worker's behaviour through job satisfaction and organizational commitment. *Int J Psychol*. 2009 Jun; 44(3):187-94.
37. Bouckenooghe D, Raja U, Butt AN. Combined effects of positive and negative affectivity and job satisfaction on job performance and turnover intentions. *J Psychol*. 2013 Mar-Apr; 147(2):105-23.
38. Dávila MC, Jiménez García G. Organizational identification and commitment: correlates of sense of belonging and affective commitment. *Span J Psychol*. 2012 Mar; 15(1):244-55.
39. Kamalanabhan TJ, Sai LP, Mayuri D. Employee engagement and job satisfaction in the information technology industry. *Psychol Rep*. 2009 Dec; 105(3):759-70.
40. Organ, DW. Personality and organizational citizenship behavior. *Journal of Management*, 1994, p. 466.
41. Steinhardt MA, Dolbier CL, Gottlieb NH, McCalister KT. The relationship between hardiness, supervisor support, group cohesion, and job stress as predictors of job satisfaction. *Am J Health Promot*. 2003 Jul-Aug; 17(6):382-9.
42. Wright TA, Cropanzano R, Bonett DG. The moderating role of employee positive well being on the relation between job satisfaction and job performance. *J Occup Health Psychol*. 2007 Apr; 12(2):93-104.

43. Krueger J, Killham E. At work, feeling good matters: happy employees are better equipped to handle workplace relationships, stress and change, according to de latest GMJ survey. Gallup Management Journal. [Acesso em 22 nov 2013]. Disponível em: <http://businessjournal.gallup.com/content/20311/Work-Feeling-Good-Matters.aspx>.
44. Chartered Management Institute (CMI). The quality of working life 2012 – managers' wellbeing, motivation and productivity - executive summary [on-line]. 2012 Jul [Acesso em 16 nov. 13]. Disponível em: http://www.slideshare.net/cmi_managers/quality-of-workinglife2012execsummary-2.
45. Herzberg F, Mausner B, Snyderman B.B. The motivation to work. Nova York: John Wiley; 1959.
46. Butts MM, Vandenberg RJ, DeJoy DM, Schaffer BS, Wilson MG. Individual reactions to high involvement work processes: investigating the role of empowerment and perceived organizational support. J Occup Health Psychol. 2009 Apr; 14(2):122-36.
47. Seligman E., Martin E., Schulman P. Explanatory style as a predictor of productivity and quitting among life insurance sales agents. J Pers Soc Psychol. 1986 Apr; 50(4):832-838.
48. Maslow A. Motivation and personality. Nova York: Harper & Row; 1954.
49. McGregor D. The human side of enterprise. Nova York: McGraw-Hill; 1960.
50. Hackman JR, Oldham GR. Motivation through the design of work: test of a theory [on-line]. Organ Behav Hum Perform. 1976 Aug; 16(2):250-279. [Acesso em 03/08/2013. 13]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0030507376900167>.
51. Cooper CL, Sloan SJ, Williams, J. Occupational Stress Indicator management guide. Windsor: NFER-Nelson; 1988.
52. Robertson IT, Cooper CL, Williams, J. The validity of the Occupational Stress Indicator. Work Stress. 1990 Mar; 4:29-39.
53. Kulik CT, Oldham GR, Hackman JR. Work design as an approach to person-environment fit. J Vocat Behav. 1987 Dec; 31(3):278-296.
54. Fitzpatrick M, Huczynski A. Applying the Benchmarking Approach to Absence Control. Leadership & Organization Development Journal, 1990; 11(5):22-6. [Acesso em 01 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1410217&show=abstract>.
55. Egan G. An investigation into the causes of absenteeism in "Company X".BSC (HONS) Hum Resour Manag [thesis]. 2011. [Acesso em 27 dec. 2013] Disponível em: http://trap.ncirl.ie/590/1/Thesis_-_Geraldine_Egan_-_22_Aug_2011.pdf.
56. McHugh, M. The absence bug: a treatable viral infection? Journal of managerial psychology, 2002; 17(8):722-38. [Acesso em 15 dec. 2013] Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=881531&show=abstract>.

57. Evans O, Steptoe. The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male- and female-dominated occupational groups. *Soc Sci Med*, 2002; 54:481–492 . Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953601000442>
58. Nicholson, N. Absence behavior and attendance motivation: A conceptual synthesis. *Journal of Management Studies*, 1977; 14:231-52. [Acesso em 29 nov. 2013]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6486.1977.tb00364.x/abstract>
59. Jansen N, Kant L, Swaen GMH, Janssen PPM, Schroer CAP. Fatigue as a predictor of sickness absence: results from the Maastricht cohort study on fatigue at work. *Occup Environ Med*. 2003; 60(1):71-6.
60. Eriksson HG, Celsing AS, Wahlström R, Janson L, Zander V, Wallman T. Sickness absence and self-reported health a population-based study of 43.600 individuals in central Sweden. *Public Health*. 2008 Dec; 8:426.
61. Heuvel SG, Geuskens GA, Hooftman WE, Koppes LL, Bossche SN Productivity loss at work: health-related and work-related factors. *J Occup Rehabil*. 2010 Sep; 20(3):331-9.
62. van Rhenen W, Schaufeli WB, van Dijk FJH, Blonk RWB. Coping and sickness absence. *Int Arch Occup Environ Health*. 2008; 81:461-472.
63. Schaufeli WB, Bakker AB, van Rhenen W. How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *J Organ Behav*. 2009 Oct; 30(7):893-917.
64. Ferrie JE, Kivimäki M, Head J, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. A comparison of self-reported sickness absence with absences recorded in employers' registers: evidence from the Whitehall II study. *Occup Environ Med*. 2005 Feb; 62(2):74-9.
65. Ferreira RC, Griep RH, Fonseca MJM, Rotemberg L. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(2):259-68.
66. International Labour Office (ILO). Work-related sickness absence negotiations: GPs' qualitative perspectives. In: International Labour Office. *Global employment trends 2013: recovering from a second jobs dip* [on-line]. 2013. Geneva: ILO; 2013. [Acesso em 23 nov. 13] Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_202326.pdf
67. Money A, Hussey L, Thorley K, Turner S, Agius R. Work. Related sickness absence Negotiations: GPs' perspectives qualitative. *Br J Gen Pract*. 2010 Oct; 60(579):721-728. [Acesso em 24 nov. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2944931>.
68. Shiels C, Gabbay M. The influence of GP and patient gender interaction on the duration of certified sickness absence. *Fam Pract*. 2006 Apr; 23(2):246-52.

69. Hussey L, Turner S, Thorley K, et al. Work-related ill-health in general practice, as reported to a UK-wide surveillance scheme. *Br J Gen Pract.* 2008;58(554):637–640.
70. Morken T, Haukenes I, Magnussen LH. Attending work or not when sick – what makes the decision? A qualitative study among car mechanics [on-line]. *BMC Public Health.* 2012; 12:813. [Acesso em 24 nov. 2013]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/813>.
71. Sabbath EL, Melchior M, Goldberg M, Zins M, Berkman LF. Work and family demands: predictors of all-cause sickness absence in the GAZEL cohort. *E J Public Health.* 2011; 22(1):101-6.
72. Alexanderson K. Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposures and theories utilized. *Scand J Public Health.* 1998 Oct; 26(4):241-9.
73. Les Worrall, Cooper C, Campbell F. The new reality for UK managers: perpetual change and employment instability [on-line]. *Work Employ Soc.* 2000 Dec; 14(4): 647-68. [Acesso em 24 nov. 2013]. Disponível em: <http://wes.sagepub.com/content/14/4/647.short>.
74. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Anema JR, van Mechelen W, Beekman ATF, van Marwijk HWJ, Penninx BWJH. The associations between personality characteristics and absenteeism: a cross-sectional study in workers with and without and anxiety disorders. *J Occup Rehabil.* 2013 Sep; 23(3):309-17.
75. Limongi-França AC, Oliveira PM. Avaliação da gestão de programas de qualidade de vida no trabalho. *RAE eletrônica.* 2006 Jul 1; 4(1):1-25. [Acesso em 25 oct. 13]. Disponível em: http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S1676-56482005000100010.pdf.
76. Bernstorff VH. Relações entre satisfação, competência, saúde e absenteísmo no trabalho em uma grande instituição bancária pública. *SE.* 2008 Jan-Apr; 23(1):187-201.
77. Buck Consultants, CPH Health. Pesquisa mundial em promoção de saúde e bem-estar no ambiente corporativo [on-line]. 2009. [Acesso em 20 jan. 10]. Disponível em: http://www.cph.com.br/corporativa_publicacoes_survey.php.
78. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ. The health and cost benefits of work site Health-Promotion Programs Annual. *Review of Public Health.* 2008 Apr; 29:303-23.
79. Brasil. Agência Nacional de Saúde (ANS). Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS). Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. Rio de Janeiro: ANS; 2007. 168 p.
80. Neira M. Delivery of Occupational health to All Workers. In: World Health Organization (WHO). *Proceedings of the 30th International Congress on Occupational Health; 2012 Mar. 18-23; Cancún: ICOH; 2012.*

81. World Health Organization (WHO). International Conference on Primary Health Care [on-line]. Alma-Ata, USSR. 1978 Sep. 6-12. [Acesso em 04 jan. 2014]. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
82. Brasil. Ministério da Saúde (ed.). A Saúde do Trabalhador [on-line]. Ano. [Acesso em: 27 nov. 13]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=928o.
83. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2008 - Primary Health Care (PHC): now more than ever [on-line]. 2008. [Acesso em 28/11/2014]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/>.
84. Seligmann-Silva E, Bernardo MH, Maeno M, Kato M. Saúde do trabalhador no início do século XXI [on-line]. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2010; 35(122):185-6. [Acesso em: 15 dec 13]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100515726001>.
85. Kirsten W., Karch. Global perspectives in workplace health promotion. Jones & Barletts Learning LCC, 2012. 475p: 8-22.
86. World Health Organization (WHO). Global plan of action on workers' health (2008-2017): baseline for implementation [on-line]. 2013. 43p. [Acesso em 21/11/2013]. Disponível em: URL: http://www.who.int/occupational_health/who_workers_health_web.pdf.
87. Parks KM, Steelman LA. Organizational wellness programs: a meta-analysis. J Occup Health Psychol. 2008 Jan; 13(1):58-68.
88. Schröer S, Haupt J, Pieper C. Evidence-based lifestyle interventions in the workplace - an overview. Occup Med. 2013 Nov 26; 64(1):8-12.
89. United Nations Development Programme. International Police Centre for Inclusive Growth (IPC-IG). Inclusive Growth Bulletin [on-line]. 2013 Nov; v. 25. [Acesso em 08 dec. 13]. Disponível em: http://archive.aweber.com/ipc-ig/L5ME/h/Inclusive_Growth_Bulletin_November.htm.
90. Gonçalves A, Vilarta R. Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e práticas. Barueri: Manole, 2004. 287p.
91. World Health Organization (WHO). About the global burden of disease project [on-line]. 2006. [Acesso em: 30 nov. 13]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html.
92. Crisp AH, Jones MG, Slater P. The Middlesex Hospital Questionnaire: a validity study. Br J Med Psychol. 1978 Sep; 51(3):269-80. [Acesso em 20 nov. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/687530>.
93. Robertson IT, Cooper CL, Willians J. The Validity of the occupational stress indicator. Work and Stress. 1990; 4:29-39. [Acesso em 02 dec. 2013]. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678379008256962#.Ut1PntJTumw>.

94. Lyne KD, Barrett PT, Williams C, Coaley K. A psychometric evaluation of the Occupational Stress Indicator. *J Occup Organ Psychol*. 2000 Jun 1. [Acesso em 03 sep. 2013]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/096317900166985/abstract>.
95. Cooper CL, Baglioni AJ Jr. A structural model approach toward the development of a theory of the link between stress and mental health. *Br J Med Psychol*. 1988 Mar; 61(1):87-102. [Acesso em 03 dec. 2013]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8341.1988.tb02767.x/abstract>.
96. Cella D. Measuring quality of life in palliative care. *Semin Oncol*. 1995; 22:73-81.
97. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993;118:622-8.
98. Patrick, Donald L., and Pennifer Erickson. Assessing health-related quality of life for clinical decision-making. In: *Quality of life assessment: key issues in the 1990's*. Springer Netherlands. 1993; 11-63.
99. Osoba D, King M. Meaningful differences. In: Fayers P, Hays RD (eds). *Assessing quality of life in clinical trials*. Oxford Press: New York; 2005:244-57.
100. Minayo MCS, et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cien Saúde Colet*. 2000; 5(1):7-18.
101. Pagano M, Gauvreau K. *Princípios de Bioestatística*. São Paulo: Ed. Thompson, 2004.
102. Mehta CR, Patel NR. A network algorithm for performing Fisher's exact test in rxc contingency tables. *JASA*, 1983; 78(382):427-434.
103. Jack L. *Estatística aplicada a Ciências Humanas*. São Paulo: Ed. Harbra, 1987; 2:244-46.
104. Stephens, MA. Testo f fit for the logistic distribution based on the empirical distributionfunction. *Biometrika*, 1979; 66(3): 591-595.
105. Montgomery DC, Peck EA. *Introduction to linear regression analysis*. 1.ed. New York: John Wiley, 1982.
106. Hosmer DW Jr, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. 3. ed. New York: John Willey & Sons, 2013; (2):35-39.
107. *SAS/STAT® User's Guide*. Version 9.2. Cary, NC, USA: SAS Institute Inc., 2008.
108. Otsuka Y, Takahashi M, Nakata A, Haratani T, Kaida K, Fukasawa K, Ito A. Sickness absence in relation to psychosocial work factors among daytime workers in an electric equipment manufacturing company. *Ind Health*. 2007; 45(2), 224–231. [Acesso em 20 jan. 2014]. Disponível em:

https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/45/2/45_2_224/_pdf.
doi:10.2486/indhealth.45.224.

109. Patton E, Johns G. Women's absenteeism in the popular press: Evidence for a gender-specific absence culture. *Human Relat.* 2007; 60(11), 1579-1612. [Acesso em 20 jan. 2014]. Disponível em: <http://hum.sagepub.com/content/60/11/1579.full.pdf+html>. doi: 10.1177/0018726707084301.
110. Savolainen TM. Sickness Absence and Psychosocial Work Environment: A Study Based on an Employee Survey. Master of Philosophy in Psychology. Department of Psychology, University of Oslo. 2013 May. [Acesso em 20 jan. 2014]. Disponível em: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/36772/Savo-lainen-Master.pdf?sequence=1>.
111. Johns G. Attitudinal and nonattitudinal predictors of two forms of absence from work. *Organ Behav Hum Perform.* 1978 Mar; 22:431-444.
112. Johns G. Attendance Dynamics at Work: The Antecedents and Correlates of Presenteeism, Absenteeism, and Productivity Loss. *J Occup Health Psychol*, 2011; 16(4):483–50.
113. Current Population Survey (CPS), Household Data Annual Averages. Absences from work of employed full-time wage and salary workers by age, sex, race, and Hispanic or Latino ethnicity. Bureau of Census for the Bureau of Labor Statistics. [Acesso em 02 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.bls.gov/cps/cpsaat46.pdf>.
114. Canadá. Work Absences in 2011. In: *Work Absences Rates – Statistics* [on-line]. [Acesso em 02 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.statcan.gc.ca/pub/71-211-x/2012000/part-partie1-eng.htm>.
115. Statistics Norway. Sickness absence, Q4 2012. [on-line]. 2013 Mar. 14. [Acesso em 20 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.ssb.no/en/arbeid-og-lonn/statistikker/sykefratot/kvartal/2013-03-14>.
116. S.G Kornstein et al. Gender differences in chronic major and double depression. *Journal of Affective Disorders* - October 2000 (Vol. 60, Issue 1, Pages 1-11). Acessado em: 22/12/2013. Disponível: [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(99\)00158-5](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(99)00158-5).
117. Hochschild A, Machung A. *The second shift: Working parents and the revolution at home*. New York: Viking, 1989.
118. Cinamon RG, Rich Y. Gender Differences in the Importance of Work and Family Roles: Implications for Work–Family Conflict. *Sex Roles.* 2002; 47:531-41.
119. Brasil. Portal Brasil. *Autonomia feminina* [on-line]. Brasília, DF, 2010. [Acesso em 06 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/secoes/mulher/desigualdade-de-generos/autonomia-feminina>.

120. Costa G. Shift work and occupational medicine: an overview. *Occup Med*, 2003; 53:83-8. [Acesso em: 02 jan. 2014]. Disponível em: <http://occmed.oxfordjournals.org/content/53/2/83.full.pdf>.
121. Åkerstedt T, Wright KP Jr. Sleep loss and fatigue in shift work and shift work disorder. *Sleep Med Clin*. 2009 June 1; 4(2): 257-71. [Acesso em 06 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904525/>.
122. Mitler MM, Miller JC, Lipsitz JJ, Walsh JK, Wylie CD. The sleep of long-haul truck drivers. *N Engl J Med*. 1997; 337(11):755–761.
123. Pilcher JJ, Lambert BJ, Huffcutt AI. Differential effects of permanent and rotating shifts on self-report sleep length: a meta-analytic review. *Sleep*. 2000; 23(2):155–163.
124. Park YM, Matsumoto PK, Seo YJ, Cho YR, Noh TJ. Sleep-wake behavior of shift workers using wrist actigraph. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2000; 54(3):359-360. [Acesso em 01 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11186113>.
125. Folkard S. Do permanent night workers show circadian adjustment? A review based on the endogenous melatonin rhythm. *Chronobiol Int*. 2008; 25(2):215-224. [Acesso em 01 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18533325>.
126. Signal TL, Gander PH. Rapid counterclockwise shift rotation in air traffic control: effects on sleep and night work. *Aviat Space Environ Med*. 2007; 78(9):878-85. [Acesso em 01 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17891898>.
127. Merkus et al. The association between shift work and sick leave: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2012 July 5; 69(10): 701-12. [Acesso em 06 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/770798>.
128. Taylor PJ, Pocock SJ, Sergean R. Absenteeism of shift and day workers: A study of six types of shift system in 29 organizations. *Br J Ind Med*. 1972; 29:208-213. [Acesso em 14 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1009401/>.
129. Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2012. [on-line]. In: IBGE. Estudos e Pesquisas – Informação demográfica e socioeconômica. 2013;29. [Acesso em 10 jan. 2014]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf.
130. Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). Education at a glance 2013. Paris: OEDC, 2013. 436p. [Acesso em 05 nov. 2013]. Disponível em: [http://www.oecd.org/edu/eag2013%20\(eng\)--FINAL%2020%20June%202013.pdf](http://www.oecd.org/edu/eag2013%20(eng)--FINAL%2020%20June%202013.pdf).
131. Skevington SM. Qualities of life, educational level and human development: an international investigation of health. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*. 2010

Oct; 45(10):999-1009. [Acesso em 13 jan. 2014]. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-009-0138-x>.

132. Silva, TTR. Estratégias organizacionais para a promoção de saúde e qualidade de vida: avaliando a qualidade de vida no trabalho. [dissertation]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física; 2008. Disponível em: <HTTP:\\bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000439634>.
133. Maciel et al. Correlação entre nível de renda e os domínios da qualidade de vida de população universitária brasileira. Ver Brasileira de Qualidade de Vida. 2013 Jan-Mar; 5(1): 53-62. [Acesso em 12 jan. 2014]. Disponível em: <http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/rbqv/article/view/1458/957>.
134. Dejours C. Da psicologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Snelwar, LI (org). Da psicologia à psicodinâmica do trabalho. 1. ed. Brasília: Fiocruz, 2004:15.
135. Almeida MAB, Gutierrez G. Políticas públicas de lazer e qualidade de vida: a contribuição do conceito de Cultura para pensar as políticas de lazer. In: Vilarta R. Qualidade de vida e políticas públicas: Saúde, Lazer e Atividade Física. Campinas: IPES Editorial, 2004.
136. Kossek EE, Ozeki C. Work–family conflict, policies, and the job–life satisfaction relationship: A review and directions for organizational behavior–human resources research. J Appl Psychol. 1998 Apr; 83(2):139-149.
137. Sedikides C, Gaertner L, Toguchi Y. Pancultural self-enhancement. J Pers Soc Psychol. 2003;84:60-79. [Acesso em 14 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12518971>.
138. Campbell WK, Rudich EA, Sedikides C. Narcissism, self-esteem, and the positivity of self-views: Two portraits of self-love. Pers Soc Psychol Bull. 2002; 28:358-68. [Acesso em 14 jan. 2014]. Disponível em: <http://psp.sagepub.com/content/28/3/358.abstract>.
139. Brown JD. Evaluations of self and others: self-enhancement biases in social judgments. Soc Cogn. 1986; 4:353-76. [Acesso em 14 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.socialpsychology.org/pdf/jasp1995a.pdf>.
140. Huysse-Gaytandjieva A, Groot W, Pavlova M. A New Perspective on Job Lock. Soc Indic Res. 2013 July; 112(3):587-610. [Acesso em 14 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3668128/?report=>.
141. Maier RC. Análise das relações existentes entre qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho através de um modelo de regressão logística. [dissertation] Programa de Pós- Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica do Paraná. Ponta Grossa, 2012. [Acesso em 15 jan. 2014]. Disponível em: http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/581/1/PG_PPGEP_M_%20Maier%2c%20R%C3%BAbia_2012.pdf.

142. Drobnič S, Beham B, Präg P. Good Job, Good Life? Working Conditions and Quality of Life in Europe. *Soc Indic Res.* 2010 Nov; 99(2):205-25. [Acesso em 15 jan. 2014]. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11205-010-9586-7>.
143. Hackman JR, Suttle JL. Improving life at work: behavioral science approaches to organizational change. Goodyear Pub Co.: 1977, Business & Economics. 494p.
144. Daniellou, F. (Org.). (2004). A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blücher. (Originalmente publicado em 1996).
145. Ferreira MS. A ergonomia da atividade se interessa pela qualidade de vida no trabalho? Reflexões empíricas e teóricas. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2008, vol. 11, n. 1, pp. 83-99.
146. McHugh M. The absence bug: a treatable viral infection? *Journal of managerial psychology.* 2002; 17(8):722-38. [Acesso em 14 jan. 2014]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6486.1977.tb00364.x/abstract>.

8.1. Bibliografia

Alkire S, Santos ME. Acute multidimensional poverty: a new index for developing countries [on-line]. In: Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI). Working Paper. 2010 Jul; 38. [Acesso em 22 nov. 2013]. Disponível em: <http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/ophi-wp38.pdf>.

Alkire S, Foster JC. Counting and multidimensional poverty measurement [on-line]. In: Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI). OPHI Working Paper Series. 2007 Dec;7. [Acesso em 29 jun 12]. Disponível em: http://www.aeaweb.org/annual_mtg_papers/2009/retrieve.php?pdfid=39

Anderson RD. Financial impact of health promotion: new evidence from the worksite [on-line]. 2001. [Acesso em: 20 jan. 10]. Disponível em: <http://www.healthpromotionjournal.com>.

Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos. [Acesso em 10 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.sae.gov.br/site/?p=17351#ixzz2qEQvLwqh>.

Buss PM. Globalização, pobreza e saúde [on-line]. Fiocruz; 2006. [Acesso em 01 feb. 10]. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/22930519/Globaliz-Pobreza-Saude-Paulo-Buss>.

Chiavenato I. Recursos Humanos: edição compacta. 6ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2000.

Chronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 1951; 16: 297-334.

Fernandes E. Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar. Salvador (BR): Casa da qualidade; 1996.

Fleck MPA, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*. 2000; 34(2):178-83. [Acesso em 9 mar. 11]. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=isso.

Goetzl RZ, et al. The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *J Occup Environ Med*. 2003 Jan;45(1):5-14. [Acesso em: 20 may 13]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Harrison DA, Martocchio JJ. Time for Absenteeism: A 20-Year Review of Origins, Offshoots, and Outcomes. *Journal of Management*. 1998 Jun; 24(3):305-350. [Acesso em 08 jan. 2014]. Disponível em: <http://jom.sagepub.com/content/24/3/305.short>.

Hirata H., Kergoat D. Rapports sociaux de sexe et psychopathologie du travail. In: Dejours C (ed), *Plaisir et souffrance dans le travail*. Paris: Editions CNAM; 2010. 2:131-76.

Hosmer D, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. 2. ed. New York: John Wiley&Sons Inc, 2000.

Ihlebaek C, Eriksen HR. Occupational and social variation in subjective health complaints. *Occup Med*. 2003; 53(4):270-8.

International Institute for Labour Studies, International Labour Office. *World of work report 2013: Repairing the economic and social fabric*. Geneva: ILO, 2013. [Acesso em 03 jan. 2014]. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_214476.pdf.

Jenkins CD. *Building better health: a handbook for behavioral change*. Washington, D.C.: PAHO; 2003.

Martins GA. Sobre confiabilidade e validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 2006; 8(20).

Merkus SL, van Drongelen A, Holte KA, Labriola M, Lund T, van Mechelen W, van der Beek AJ. The association between shift work and sick leave: a systematic review. *Occup Environ Med*, 2012; 69:701-712. [Acesso em jan. 2014]. Disponível em: <http://oem.bmj.com/content/69/10/701>.

Nadler DA, Lawler EE. Quality of work life: perspectives and directions. *Organizational Dynamics*. 1983; 11(3):20-30.

Nawar AH. Poverty and inequality in the non-income multidimensional space: a critical review in the arab states [on-line]. In: International Policy Centre for Inclusive Growth (IPC-IG). *Working Paper*. 2013 Mar;103. [Acesso em 08 dec.13]. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/pub/IPCWorkingPaper103.pdf>.

O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. *Fam Pract*. 2008 Feb; 25(1):20-6.

Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: Spilker B (ed). Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. Lippincott-Raven Publishers: Philadelphia; 1996:11-23.

Seligmann-Silva, E. A interface desemprego prolongado e saúde psicossocial. In: FERREIRA FILHO, J. F.; JARDIM, S. (Orgs.). A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997. p. 19-64.

Stephens, MA. Test of fit for the logistic distribution based on the empirical distribution function. *Biometrika*, 1979; 66(3): 591-595.

Suzy F, Terri RL (eds). Sex or Gender? The enigma of women's elevated absenteeism. In: Patton E, Johns G. Gender and the Dysfunctional Workplace. Edward Elgar Publishing, 2012;(10):149-156.

Vizzaccaro-Amaral A.L., Mota D.P., Alves G. (organizadores). Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no Século XXI. São Paulo: LTr, 2011.

Walton RE. Quality of working life: what is it?. *Slow Management Review*. 1973; 15(1):11-21.

Werther BW, Davis K. Administração de pessoal e recursos humanos: a qualidade de vida no trabalho. São Paulo: MC Graw-Hill do Brasil; 1983.

Westley WA. Problems and solutions in the quality of working life. *Human Relations*. 1979; 32(2):111-23.

World Health Organization (WHO). The first ten years of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1958.

World Health Organization (WHO). Second International Consultation on Healthy Workplaces. Executive Summary [on-line]. 2012 Dec 10-12. [Acesso em 21/11/2013]. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/Healthy_Workplaces_Rome_2012_Report.pdf.



ANEXOS

ANEXO 1

Parecer do Comitê de ética em Pesquisa (CEP/UNICAMP)



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

CEP, 03/05/11
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 176/2011 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0127.0.146.146-11

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO AMBIENTE DE TRABALHO E CORRELAÇÃO COM OS ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO E SATISFAÇÃO NO TRABALHO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Telma Terezinha Ribeiro da Silva

INSTITUIÇÃO: Motorola Industrial Ltda.

APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/03/2011

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 03/05/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II – OBJETIVOS.

Avaliar a correlação entre absenteísmo e satisfação do trabalho, capacidade para o trabalho e qualidade de vida entre dois grupos de funcionários de uma empresa, um composto por pessoas com alto índice de absenteísmo e outro com baixo índice.

III – SUMÁRIO.

Trata-se de estudo transversal realizado por meio de questionários auto-aplicáveis referente a aspectos sócio-demográficos, de satisfação no trabalho, de qualidade de vida e de capacidade para o trabalho. Espera-se correlacionar estes dados com o absenteísmo visando apontar oportunidade para a melhoria da qualidade de vida no trabalho.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.



VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de março de 2011.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 2

Questionário WHOQOL-Bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 3

Escala de Satisfação no Trabalho do OSI – *Occupational Stress Indicador*.

Instrumento elaborado por Cooper (Robertson et al. 1990), traduzido e validado para o português por Swan, Moraes e Cooper (Swan et al. 1990).

Esta parte do questionário fornecerá os dados que possibilitarão caracterizar a satisfação de uma forma geral e a satisfação com aspectos específicos do trabalho.

Por favor, dê sua opinião honesta, e responda a todas as questões. Em cada uma das próximas questões assinale a alternativa que mais se aproxima do seu sentimento em relação aos aspectos do trabalho em questão. Responda fazendo um círculo em torno do nº. de cada questão, de acordo com a seguinte escala:

- 6 – enorme satisfação
- 5 – muitas satisfações
- 4 – algumas satisfações
- 3 – algumas insatisfações
- 2 – muitas insatisfações
- 1 – enorme insatisfações

Como você se sente com relação ao seu trabalho?

	6	5	4	3	2	1
1. Comunicação e forma de fluxo de informação na empresa em que você trabalha.						
2. Seu relacionamento com outras pessoas na empresa em que trabalha.						
3. O sentimento que você tem a respeito de como seus esforços são avaliados.						
4. O conteúdo do trabalho que faz.						
5. O grau em que você sente motivado por seu trabalho.						

6. Oportunidades pessoais em sua carreira atual.						
7. O grau de segurança no seu emprego atual.						
8. A extensão em que você se identifica com a imagem externa ou realização de sua empresa.						
9. O estilo de supervisão que seus superiores usam.						
10. A forma pela quais mudanças e inovações são implementadas.						
11. O tipo de tarefa e o trabalho em que você é cobrado.						
12. O grau em que você sente que pode crescer e se desenvolver em seu trabalho.						
13. A forma pelas quais os conflitos são resolvidos.						
14. As oportunidades que seu trabalho lhe oferece no sentido de você atingir suas aspirações e ambições.						
15. O seu grau de participação em decisões importantes.						
16. O grau em que a organização absorve as potencialidades que você julga ter.						
17. O grau de flexibilidade e de liberdade que você julga ter em seu trabalho.						
18. O clima psicológico que predomina na empresa que você trabalha.						
19. Seu salário em relação à sua experiência e a responsabilidade que tem.						
20. A estrutura organizacional da empresa que você trabalha.						
21. O volume de trabalho que você tem para resolver.						
22. O grau em que você julga estar desenvolvendo suas potencialidades na empresa em que trabalha.						



APÊNDICE

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento formal dos voluntários do projeto de pesquisa “Avaliação da qualidade de vida no ambiente de trabalho e correlação com os aspectos da organização e satisfação no trabalho”.

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Prof^o Maria Inês Monteiro (UNICAMP).

PÓS-GRADUANDA: Telma Terezinha Ribeiro da Silva (UNICAMP).

Local de desenvolvimento do projeto:

Projeto vinculado ao Programa de Pós-graduação, Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

LEIA COM ATENÇÃO: Este projeto será desenvolvido em caráter de pesquisa científica e objetiva avaliar a Satisfação no Trabalho, Qualidade de Vida e Capacidade para o Trabalho de um grupo de trabalhadores. Você, como voluntário(a), será submetido(a) a uma bateria de questionários no local de trabalho. Os questionários serão os seguintes: 1) Dados socioeconômicos inquirindo informações como número de pessoas no domicílio, idade, sexo, tempo de empresa e renda; 2) Índice de satisfação no trabalho – questionário com 23 perguntas; 3) WHOQOL-Abreviado para avaliação da qualidade de vida inquirindo informações sobre sua satisfação ou não, em diferentes aspectos, que determinam sua qualidade de vida, como, por exemplo, independência para realizar suas atividades diárias, espiritualidade, aspectos psicológicos, etc.. A duração prevista para responder a este questionário está prevista em cerca de 30 minutos.

Eu, _____, residente à Rua/Av. _____, voluntariamente concordo em participar do projeto de pesquisa supracitado e detalhado acima, sabendo que para sua realização as despesas monetárias serão de responsabilidade da instituição.

Estou ciente que as informações obtidas durante as avaliações serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por pessoas leigas sem a minha devida autorização e a empresa não terá acesso aos meus dados individuais. As informações assim obtidas,

no entanto, poderão ser usadas para fins de pesquisa científica desde que a minha privacidade seja sempre preservada.

Estou ciente ainda que não haverá nenhum ressarcimento financeiro por minha participação nesta pesquisa e/ou quaisquer implicações na minha vida funcional nesta empresa caso eu não queira participar. Li e entendi as informações precedentes, tendo sido informado(a) ainda que possíveis dúvidas poderão ser prontamente esclarecidas e que terei acesso também aos resultados dos testes a mim aplicados.

Comprometo-me, na medida das minhas possibilidades, a colaborar para um bom desempenho do trabalho científico dos responsáveis por este projeto.

Campinas, ____ de _____ de 2011.

Voluntário(a)

Pós-graduanda Telma Terezinha Ribeiro da Silva

Fone: (019) 38675374

Profª Drª Maria Inês Monteiro

Fone: (019) 3521-8839

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

Maiores informações pelo telefone: (0xx19) 3521-8936