

Programa de Pós-Graduação com Mestrado em

*Saúde
Coletiva*

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE
COLETIVA (PPG-ISC)**

Roseane Lins Vasconcelos Gomes

**ABSENTEÍSMO POR DOENÇA E CONDIÇÕES
ESTRESSANTES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS
DE ENFERMAGEM**

VIRTUS IMPAVIDA

**Recife
2011**

Roseane Lins Vasconcelos Gomes

**ABSENTEÍSMO POR DOENÇA E CONDIÇÕES
ESTRESSANTES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS
DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof.º Dr.º Sérgio Souza da Cunha

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

**Recife
2011**

Gomes, Roseane Lins Vasconcelos

Absenteísmo por doença e condições estressantes de trabalho dos profissionais de enfermagem / Roseane Lins Vasconcelos Gomes. – Recife: O Autor, 2011.

125 folhas: il., fig.; 30 cm.

Orientador: Sérgio Souza da Cunha.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2011.

Inclui bibliografia, anexo e apêndices.

1. Medicina do trabalho. 2. Trabalho. 3. Doença. 4. Estresse. 5. Enfermagem. I. Cunha, Sérgio Souza da. II. Título.

616.9803 CDD (20.ed.) UFPE
CS2011-099



Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde
Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Pernambuco



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)
MESTRAND(O)A

ROSEANE LINS VASCONCELOS GOMES

No dia 23 de fevereiro de 2011, às 9h, na Sala de Cortiça do PPGISC da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Sérgio Souza da Cunha (Doutora do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Vânia Pinheiro Ramos (Doutora do Departamento de Enfermagem da UFPE) Membro Externo e Ednaldo Cavalcante de Araújo (Doutora do Departamento de Enfermagem da UFPE) Membro Externo, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Roseane Lins Vasconcelos Gomes, sobre a sua Dissertação intitulada: "**Absenteísmo por Doença e Condições Estressantes de Trabalho dos Profissionais de Enfermagem**". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo

Ednaldo C Araújo - Aprovada.

Prof. Dr. Sérgio Souza da Cunha

Aprovado

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

Aprovada

Ednaldo C Araújo

Prof. Dr. **Ednaldo Cavalcante de Araújo**

Sérgio Souza da Cunha

Prof. Dr. **Sérgio Souza da Cunha**

Vânia Pinheiro Ramos

Profa. Dra. **Vânia Pinheiro Ramos**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, meu Pai, pelo dom da vida, em quem deposito minha confiança e fé.

Ao meu esposo amado, Luciano Gomes, com quem desejo continuar envelhecendo.

Ao meu orientador Prof.^o Dr.^o Sérgio Cunha pela compreensão, paciência e atenção dedicada, meus sinceros agradecimentos, respeito e admiração.

A minha co-orientadora Prof.^a. Dr.^a Eliane Maria pela ajuda e pela amizade.

Aos meus pais, irmãs e amigos pela força e pelo incentivo.

Aos meus irmãos na fé pelas orações e pela amizade.

Aos professores do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelos preciosos ensinamentos.

A Moreira pelo apoio e dedicação.

RESUMO

Objetivo: descrever a proporção dos profissionais de enfermagem com um ou mais episódios de absenteísmo por doença e sua associação com as condições estressantes de trabalho. **Metodologia:** trata-se de um estudo de corte transversal com dados referentes ao período de 2009. As informações coletadas dizem respeito à caracterização demográfica dos profissionais de enfermagem, à proporção de um ou mais episódios de absenteísmo por doença e à exposição às condições estressantes de trabalho. A amostra foi composta de 273 profissionais de enfermagem, sendo 73 enfermeiros, 190 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 10 atendentes de enfermagem que trabalhavam no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas (dados primários) e da coleta de informações no Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor da UFPE (dados secundários). A construção do questionário, no que diz respeito às condições estressantes de trabalho, foi baseado no modelo teórico de Karasek que inclui aspectos de demanda, controle e apoio social no trabalho. Para cada uma das três dimensões do questionário *job stress scale* (demanda, controle e apoio social) foram atribuídos escores, sendo o ponto de corte obtido através da mediana encontrada. Análise descritiva dos dados, bivariada e análise de associação entre exposição e desfecho ajustada por outras variáveis foram realizadas. **Resultados:** mais da metade (60,1%) dos 273 profissionais de enfermagem analisados tiveram pelo menos um episódio de absenteísmo por doença em 2009. Os quatro principais grupos de doenças que causaram absenteísmo foram: as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (25,3%), as doenças dos olhos e anexos, ouvido e apófise mastóide (13,2%), as doenças infecciosas e parasitárias (12,8%) e as doenças do sistema respiratório (10,8%). Trabalho passivo foi a categoria majoritária dos indivíduos analisados (27,5%). Não foi observada associação estatística significativa entre exposição às condições estressantes de trabalho (modelo demanda-controle) e proporção de um ou mais episódios de absenteísmo por doença (p -valor = 0,113). **Conclusão:** pesquisas referem-se às doenças do sistema cardiovascular, aos distúrbios mentais e às doenças do sistema osteomuscular como enfermidades potencialmente relacionadas ao estresse ocupacional. Tais enfermidades, muitas vezes, causam o afastamento do profissional ao trabalho. Sendo assim, o fato de não ter sido encontrado neste estudo associação entre condições estressantes de trabalho e proporção de um ou mais episódios de absenteísmo por doença não exclui a possibilidade de que esta associação realmente exista. Sugere-se, então, que novos estudos sejam realizados com abordagem longitudinal e com poder de teste maior, a fim de aumentar a significância estatística de associação, bem como diminuir incertezas na determinação da relação temporal entre exposição principal e desfecho.

Palavras - chave: Trabalho; Doença; Estresse; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to describe the proportion of nurses with one or more episodes of sickness absenteeism and to estimate the association with stressful working conditions. **Methodology:** this is a cross-sectional study carried out in 2010 for the period of 2009. The information collected concerns the demographic of nursing professionals, the proportion of one or more episodes of sickness absenteeism and exposure to stressful working conditions. The study sample consisted of 273 nurses, 73 nurses, 190 auxiliary and / or practical nurses and 10 nursing attendants who worked at the Hospital of the University Federal de Pernambuco (UFPE). Data were collected from the application of a questionnaire with open and closed (primary data) and information gathering at the Center for Health Care Server UFPE (secondary data). The construction of the questionnaire, with regard to the stressful conditions of work, was based on the theoretical model that includes aspects of Karasek demand, control and social support at work. For each of the three dimensions of job stress scale questionnaire (demand, control and social support) were assigned scores, and the bridge cut obtained through median found. Descriptive analysis of data, and bivariate analysis of association between exposure and outcome were adjusted for other variables were performed. **Results:** more than half (60.1%) of the 273 nurses examined had at least one episode of sickness absenteeism in 2009. The four main groups of diseases causing absenteeism were: diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (25.3%), diseases of eye and adnexa, ear and mastoid process (13.2%), infectious diseases and parasitic diseases (12.8%) and diseases of the respiratory system (10.8%). Passive work was the category the majority of individuals analyzed (27.5%). There was no association found between exposure to stressful working conditions (demand-control model) and proportion of one or more episodes of sickness absenteeism ($p = 0,113$). **Conclusion:** research refers to diseases of the cardiovascular system, mental disorders and diseases of the musculoskeletal system and diseases potentially related to occupational stress. Such diseases often cause the removal of professional work. Thus, the fact has not been found in this study the association between stressful working conditions and proportion of one or more episodes of sickness absenteeism does not exclude the possibility that this association exists. It is suggested, then, new studies using a longitudinal approach and with greater statistical power in order to increase the statistical significance of association as well as reduce uncertainties in determining the temporal relationship between the main exposure and outcome.

Key - words: Work; Disease; Stress; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Representação esquemática da amostra	32
Figura 2 Representação esquemática do modelo Demanda - Controle de Karasek. Recife, 2009	43
Figura 3 Formação da amostra. Recife, 2009	53
Figura 4 Distribuição do nível de escolaridade apenas entre as categorias de atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem do HC. Recife, 2009	54
Figura 5 Número de episódios de absenteísmo por doença de acordo com o trimestre de afastamento do trabalho para todos os profissionais de enfermagem analisados. Recife, 2009	57
Figura 6 Número de profissionais de enfermagem com um ou mais episódios de absenteísmo por doença separadamente por categoria profissional. Recife, 2009	60
Figura 7 Número de enfermeiros com um ou mais episódios de absenteísmo por doença separadamente pelo setor de trabalho. Recife, 2009	61
Figura 8 Número de auxiliares e/ou técnicos de enfermagem com um ou mais episódios de absenteísmo por doença separadamente pelo setor de trabalho. Recife, 2009	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Profissionais de Enfermagem vinculados à UFPE do Hospital das Clínicas de Pernambuco. Recife, 2009	33
Tabela 2 Tamanho da amostra para estimar associação entre exposição e desfecho	36
Tabela 3 Amostragem estratificada proporcional dos profissionais de enfermagem por categoria e setor de trabalho. Recife, 2009	37
Tabela 4 Distribuição das variáveis sócio-demográficas entre a população analisada e a população excluída da análise. Recife, 2009	55
Tabela 5 Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas à ocorrência de absenteísmo por doença e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009	58
Tabela 6 Distribuição das principais doenças não excludentes como causa de absenteísmo separadamente pelo grupo de doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e pelo grupo de doenças do sistema respiratório. Recife, 2009	59
Tabela 7 Distribuição das principais doenças não excludentes como causa de absenteísmo separadamente pelo grupo de doenças dos olhos e anexos, ouvido e apófise mastóide e pelo grupo de doenças infecciosas e parasitárias. Recife, 2009	60
Tabela 8 Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas ao trimestre de ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009	63
Tabela 9 Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas às condições estressante de trabalho (modelo demanda - controle e demanda no trabalho) e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009	66
Tabela 10 Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas às condições estressante de trabalho (controle no trabalho) e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009	68
Tabela 11 Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas às condições estressante de trabalho (apoio social no trabalho) e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009	70
Tabela 12 Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas à caracterização do trabalho profissional e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009	72
Tabela 13 Associação entre a exposição principal (modelo demanda - controle e dimensão demanda) e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença	

na amostra. Recife, 2009	76
Tabela 14 Associação entre a dimensão de trabalho controle e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença na amostra. Recife, 2009	78
Tabela 15 Associação entre a dimensão de trabalho apoio social e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença na amostra. Recife, 2009	80
Tabela 16 Associação entre as variáveis relacionadas às condições estressantes de trabalho e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença na amostra. Recife, 2009.	82
Tabela 17 Associação entre as variáveis sócio-demográficas e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença na amostra. Recife, 2009	84
Tabela 18 Análise estratificada para associação entre condições estressantes de trabalho e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença. Recife, 2009	86
Tabela 19 Análise de associação entre condições estressantes de trabalho e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença ajustada por outras variáveis. Recife, 2009	88
Tabela 20 Comparação dos resultados do presente estudo com os de outros estudos realizados no Brasil sobre absenteísmo por doença entre profissionais de saúde. Recife, 2009	90
Tabela 21 Comparação dos resultados do presente estudo com os de outros estudos realizados no Brasil sobre os grupos de doenças mais frequentes entre as causas de absenteísmo nos profissionais de enfermagem. Recife, 2009	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CIHI	<i>Canadian Institute for Health Information</i>
CID	Classificação Internacional de Doença
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CME	Central de Material e Esterilização
DORT	Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho
HC	Hospital das Clínicas
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
JSS	<i>Job Stress Scale</i>
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
NEPE	Núcleo de Educação Permanente
NEPI	Núcleo de Epidemiologia e Informações Hospitalares
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PROGEPE	Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SND	Serviço de Nutrição e Dietética
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
URCC	Unidade de Recuperação de Cirurgia Cardíaca

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Hipótese	16
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 Absenteísmo entre os profissionais de enfermagem	18
3.2 Riscos ocupacionais	22
3.2.1 Condições estressantes de trabalho	25
4 METODOLOGIA	30
4.1 Desenho de estudo	30
4.2 Local de estudo	30
4.3 População e amostra	31
4.3.1 Cálculo da amostra	34
4.3.1.1 Seleção do cálculo de amostra	36
4.4 Coleta de dados	38
4.5 Desfecho principal	39
4.6 Exposição principal	40
4.6.1 Variáveis que compõem a exposição principal	44
4.6.1.1 Demanda	44
4.6.1.2 Controle	45
4.6.2 Outras variáveis relacionadas às condições estressantes de trabalho.....	46
4.7 Outras variáveis relacionadas	47
4.8 Análise dos dados	48
4.9 Procedimentos éticos	50
5 RESULTADOS	52

5.1 Análise univariada e comparação entre as populações analisada e excluída	53
5.1.1 Descrição das características sócio-demográficas	53
5.1.1.1 Comparação entre as populações analisada e excluída para as variáveis sócio-demográficas	54
5.1.2 Absenteísmo por doença e variáveis relacionadas	56
5.1.2.1 Comparação entre as populações analisada e excluída para as variáveis relacionadas ao absenteísmo por doença	62
5.1.3 Condições estressantes de trabalho (modelo demanda - controle)	65
5.1.3.1 Demanda no trabalho	65
5.1.3.2 Controle no trabalho	67
5.1.4 Demais variáveis relacionadas às condições estressantes de trabalho	69
5.1.4.1 Apoio social no trabalho	69
5.1.4.2 Caracterização do trabalho profissional	71
5.2 Análise bivariada	74
5.2.1 Exposição principal modelo demanda - controle e absenteísmo por doença	74
5.2.2 Variáveis que compõem a exposição principal e absenteísmo por doença	74
5.2.2.1 Demanda no trabalho	74
5.2.2.2 Controle no trabalho	77
5.2.3 Outras variáveis relacionadas às condições estressantes de trabalho e absenteísmo por doença	79
5.2.3.1 Apoio social no trabalho	79
5.2.3.2 Demais variáveis	81
5.2.4 Variáveis sócio-demográficas e absenteísmo por doença	83
5.3 Análise de associação entre condições estressantes de trabalho e absenteísmo por doença ajustada separadamente por outras variáveis e por todas juntas	84
6 DISCUSSÃO	90
6.1 Características da amostra e absenteísmo por doença	93
6.2 Apoio social no trabalho e absenteísmo por doença	96
6.3 Características do trabalho profissional e absenteísmo por doença	96
6.4 Associação entre condições estressantes de trabalho (modelo demanda-controle) e absenteísmo por doença	98

7 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	100
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	109
ANEXO	124

1 INTRODUÇÃO

A ocorrência de absenteísmo no trabalho tem gerado um sério problema tanto para as organizações como para os administradores dos serviços de saúde. O processo de adoecimento e afastamento dos trabalhadores repercute na área econômica, através do aumento do custo operacional e redução da eficiência no trabalho (DAVEY *et al*, 2009; PRIMO, 2008; SILVA; MARZIALE, 2000).

Pode-se afirmar que as ausências ao trabalho denunciam o estado de saúde de grupos específicos de trabalhadores, bem como refletem a dinâmica e organização do serviço (REIS *et al*, 2003).

No mundo, segundo a Organização Internacional do Trabalho, aproximadamente 160 milhões de trabalhadores adoeceram em 2005. Estimam-se que cerca de 2,2 milhões de pessoas morrem por ano vítima de acidentes e doenças do trabalho. “São mais de seis mil mortes por dia” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2006, p. 25).

No Brasil, em 2007, foram notificados mais de 653.000 casos de acidentes e doenças do trabalho, resultando no absenteísmo por incapacidade temporária e permanente de 589.096 trabalhadores, e óbito de 2804 funcionários. São cerca de uma morte a cada três horas e 75 acidentes e doenças do trabalho a cada hora decorrentes do risco das más condições de ambiente e processos de trabalho (BRASIL, 2009).

No cenário hospitalar, a enfermagem apresenta elevada frequência de episódios de absenteísmo e afastamento por doença, sendo caracterizada por uma população predominantemente do sexo feminino, de diferentes faixas etárias e de classes que exercem distintas funções conforme especialidade clínica (BARBOZA; SOLER, 2003).

Em 2008, 54% dos profissionais de enfermagem concursados de um hospital universitário na cidade de Recife tiveram afastamento do serviço por doença, ou seja, 311 profissionais de um total de 577 (dados capturados pela pesquisadora).

Segundo Primo (2008) os distúrbios osteomusculares (cervicolombalgias, fraturas e contusões em membros), as doenças do sistema respiratório (asma brônquica, orofaringites, pneumonia, infecções de vias aéreas superiores) e os transtornos mentais (*síndrome de burnout*, depressão, ansiedade) estão entre as doenças geradoras de absenteísmo mais frequentemente observadas nos profissionais de enfermagem. Acrescentam-se também a esta lista as doenças do sistema geniturinário (nefrite, cistite), do aparelho reprodutor feminino

(vaginites, dismenorréia) e as decorrentes dos órgãos do sentido (conjuntivite, otite, gengivite).

A partir de uma revisão de literatura, realizada por Davey e colaboradores (2009) sobre absenteísmo de curto prazo nos anos de 1986 a 2006, foi constatado uma baixa compreensão dos motivos que levavam ao afastamento do trabalho entre enfermeiros. A falta de uma base teórica sólida sobre absenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem poderia ser uma das razões para os resultados inconsistentes sobre os motivos de afastamentos. Sendo assim, o desenvolvimento da teoria e uma investigação mais acurada são necessários para explorar os determinantes do absenteísmo entre enfermeiros. De acordo com Reis *et al* (2003, p. 617): “Investigações sobre o perfil de adoecimento dos trabalhadores de enfermagem têm sido escassas no Brasil. A categoria carece de investigações adequadas, já que mal se conhece o perfil de morbidade associada a afastamento do trabalho dos seus profissionais”.

Frequentemente a classe de enfermagem desempenha atividades relacionadas a condições de trabalho perigosas e insalubres com longas jornadas de trabalho, turnos desgastantes, deficiência de recursos humanos, rotinas exigentes, multiplicidade de funções, remuneração baixa, cobranças constantes das lideranças, entre outros fatores que podem trazer danos e agravos à saúde física e mental (BARBOZA; SOLER, 2003; SILVA; MARZIALE, 2000).

Nesse contexto, as condições de ambiente e processos de trabalho de enfermagem podem se tornar em um agente acelerador do desgaste laboral, resultando em doenças, e consequente afastamento do profissional do serviço por tempo limitado ou permanente (BARBOZA; SOLER, 2003; GEHRING JUNIOR *et al*, 2007; SILVA; MARZIALE, 2000).

Entre os riscos ocupacionais a que estão expostos os profissionais de enfermagem, destacam-se os riscos biológico, químico, físico, psicossocial e ergonômico. A exposição aos riscos ocupacionais normalmente, se encontra acima dos limites de tolerância previstos e em graus diferenciados conforme o local de trabalho e serviço prestado (BARBOZA; SOLER, 2003; SILVA; MARZIALE, 2000).

Camelo e Angerami (2007) afirmam que entre os riscos ocupacionais, os riscos psicossociais se destacam entre os profissionais de enfermagem. Os riscos psicossociais estão relacionados ao contexto ambiental e social do trabalhador, bem como a organização e o gerenciamento do trabalho. A existência de fatores estressantes no ambiente de trabalho podem causar danos físicos, sociais e psicológicos, que se não forem tratados, podem gerar doenças.

A classe de enfermagem lida constantemente com a dor, morte e sofrimento dos pacientes. Sendo a organização do trabalho hospitalar para a mesma pautada por graus de autoridade, interdependência de atividades, longas jornadas de trabalho e número limitado de profissionais. Esse contexto faz com que os profissionais de enfermagem frequentemente exerçam atividades produtoras de estresse ocupacional com desgaste psico-emocional. Por este e outros motivos, a enfermagem é considerada por alguns autores como uma das profissões mais estressantes (GUIMARÃES; GRUBITS, 1999; KIRKCALDY; MARTIN, 2000).

Segundo Camelo e Angerami (2008), Schmidt *et al* (2009) os riscos psicossociais se relacionam com a satisfação no serviço, com o ambiente e condições de trabalho. Bem como, existe relação com as necessidades do trabalhador, seus aspectos culturais e sociais. Esta interação entre riscos psicossociais (incluindo a exposição às condições estressantes de trabalho), trabalhador e trabalho pode influenciar na relação saúde-doença e trabalho, aumentando a frequência de episódios de absenteísmo entre os empregados.

Condições estressantes de trabalho podem levar a um alto desgaste psicológico, manifestado por sintomas tais como fadiga, ansiedade, depressão e enfermidade diversas. Alves (2004, p. 38) afirma que: O desgaste psicológico ocorre quando o indivíduo submetido a um estresse, não se sente em condições de responder ao estímulo adequadamente, por ter pouco controle sobre as circunstâncias ambientais. Se o tempo da exposição é curto, o organismo prontamente se recupera. Se, ao contrário, é longo, o desgaste se acumula.

Pesquisas já realizadas no Brasil sobre absenteísmo e riscos psicossociais demonstraram caráter pouco explicativo quanto à relação entre os afastamentos por doença e as condições estressantes de trabalho (MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; REIS *et al*, 2003; GEHRING JUNIOR *et al*, 2007; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; BARBOZA; SOLER, 2003; SCHMIDT *et al*, 2009; SILVA; MARZIALE, 2000, 2002, 2006). Nenhum estudo até então foi publicado sobre a proporção de profissionais de enfermagem com um ou mais episódios de absenteísmo por doença e as condições estressantes de trabalho dos hospitais de Recife, mesmo em hospitais universitários.

A ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo na enfermagem gera redução do quadro profissional, levando a sobrecarga de trabalho, desordem na instituição, insatisfação, conflitos interpessoais e comprometimento da assistência à saúde oferecida aos clientes (SANCINETTI, 2009; SILVA; MARZIALE, 2000). Estes problemas afetam seriamente a organização e funcionamento do trabalho, tanto na questão econômica quanto na questão social. Sendo assim, o absenteísmo e suas causas devem ser alvos de profundas pesquisas na

busca de encontrar soluções e melhorias para a saúde física e mental dos trabalhadores. Destaca-se, então, a importância da presente pesquisa, uma vez que as condições estressantes de trabalho podem refletir no estado de saúde dos trabalhadores de enfermagem, gerando faltas frequentes ao serviço com repercussão na qualidade da assistência prestada à clientela.

1.1 Hipótese

Para este estudo foi considerada a seguinte hipótese: a proporção dos profissionais de enfermagem que apresentaram um ou mais episódios de absenteísmo por doença no ano de 2009 foi maior entre aqueles com maior exposição às condições estressantes de trabalho em comparação com aqueles com menor exposição.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever a proporção dos profissionais de enfermagem com um ou mais episódios de absenteísmo por doença e sua associação com as condições estressantes de trabalho de um hospital universitário na cidade de Recife no ano de 2009.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características dos profissionais de enfermagem entre aqueles que se ausentaram do trabalho por motivo de doença e aqueles que não faltaram ao trabalho ou que faltaram por outro motivo;
- Descrever as condições estressantes de trabalho dos profissionais de enfermagem;
- Identificar os diferentes níveis de exposição às condições estressantes de trabalho segundo o modelo demanda-controle de Karasek;
- Identificar os principais grupos de doenças que geraram absenteísmo entre os profissionais de enfermagem conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10);
- Estimar a associação entre a exposição às condições estressantes de trabalho e a proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Absenteísmo entre os profissionais de enfermagem

As abordagens referentes ao absenteísmo têm ganhado destaque nos últimos anos na enfermagem brasileira, especialmente nas instituições de saúde, devido a sua elevada ocorrência (SANCINETTI, 2009).

O termo absenteísmo ou absentismo tem sua origem na palavra latina *absens*, ausente, termo este que denominou os proprietários irlandeses ao deixarem suas terras para se estabelecerem na Inglaterra. Para o dicionário da Real Academia Espanhola de Língua, absenteísmo é definido como o costume dos proprietários de terra de residirem fora da cidade onde moram, ou seja, longe do local onde pela sua função deveriam estar (MATEOS, 2006).

Atualmente, se tem definido absenteísmo de forma a englobar cada uma de suas facetas, ou seja, valorizando os seus diferentes aspectos. Porém, de maneira consensual pode-se dizer que absenteísmo é qualquer ausência ao trabalho, justificada ou não. Calculada pela diferença de tempo entre os períodos de trabalho contratado e o efetivamente realizado (MATEOS, 2006; SANCINETTI, 2009; SILVA; MARZIALE, 2000).

Outras definições de absenteísmo têm sido apresentadas por diversos autores. Segundo Milkovich e Boudreau (2000), absenteísmo é o tempo perdido de trabalho decorrente do afastamento do empregado ao serviço. Castro et al (2002, p. 268) resumem a definição de absenteísmo como as “ausências não programadas ao trabalho”.

Para Mateos (2006) absenteísmo também pode ser entendido como o não cumprimento das atividades profissionais por parte do empregado quando este está ausente. Ou até mesmo o não cumprimento das suas funções de forma voluntária quando este está presente ao trabalho. A isto se conceitua absenteísmo presencial, que é uma redução no desempenho do trabalhador, estando este presente ao trabalho.

Considerando o absenteísmo um termo abrangente relacionado a múltiplos motivos de afastamento do trabalhador ao trabalho, Gaidzinski (1998 apud SANCINETTI, 2009) classificou os afastamentos em previstos e não previstos. Quando se pode planejar ou prever a ausência do trabalhador como, por exemplo, nas férias ou folga, classifica-se o afastamento em previsto. O contrário, quando a ausência não é previsível, classifica-se o afastamento em não previsto, isso ocorre nos casos de faltas abonadas, justificadas e não justificadas.

Quick e Lapertosa (1982 apud SILVA; MARZIALE, 2000) também sugeriram uma divisão didática do absenteísmo em: voluntário (afastamento do trabalho por motivos pessoais não justificados por aspectos legais); por doença (diz respeito aos afastamentos por doença ou por procedimento médico, exceto as doenças profissionais); por patologia profissional (ausências por acidentes de trabalho ou agravos à saúde relacionados à profissão); legal (ausências ao trabalho pautadas por leis) e compulsório (impedimento ao trabalho devido à suspensão aplicada pelo empregador, prisão ou outra barreira que impeça o trabalhador de trabalhar).

Apesar das ausências ao trabalho de qualquer natureza serem consideradas como absenteísmo, existem situações amparadas por leis que permitem que o trabalhador deixe de comparecer ao serviço sem prejuízo salarial ou punição (absenteísmo legal). Conforme a Consolidação das Leis do Trabalho (OLIVEIRA, 1985), não é falta ao serviço para o empregado que tiver caso de:

- a) Falecimento do cônjuge ou de outra pessoa que viva sob sua dependência;
- b) Cumprimento das exigências do serviço militar;
- c) Licenciamento compulsório por motivo de maternidade e aborto não criminoso;
- d) Acidente do trabalho ou incapacidade com recebimento de auxílio-doença pela Previdência Social;
- e) Suspensão para responder a inquérito administrativo ou de prisão preventiva quando for impronunciado ou absolvido;
- f) Alistamento de eleitor;
- g) Não haver serviço ou a ausência do empregado ser justificada pela empresa.
- h) Casamento ou nascimento de um filho;
- i) Doação voluntária de sangue;

Para esta pesquisa, serão considerados um ou mais episódios de absenteísmo não previsto entre os profissionais de enfermagem, com enfoque para os afastamentos justificados por doença ou por patologia profissional. Não serão considerados os afastamentos por acidentes de trabalho ou procedimentos médicos.

Devido a precarização das relações de trabalho, ritmo exaustivo, sobrecarga de atividades com diminuição de postos de trabalho, o quadro de doenças e acidentes de trabalho no Brasil vem aumentando nos últimos anos. Isso reflete a relação do absenteísmo dentro do ambiente de trabalho, pois os motivos que levam o trabalhador a se ausentar de suas atividades, sobretudo as doenças, não estão ligados apenas ao trabalhador, mas às condições de trabalho (LANCMAN; SZNELWAR, 2008; SILVA; MARZIALE, 2000).

Entre as principais causas de absenteísmo por doença entre os trabalhadores, destacam-se os transtornos psíquicos, as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) e lesões por esforços repetitivos (LER). Os afastamentos não previstos ao trabalho, bem como as aposentadorias precoces produzem grave impacto no orçamento da Previdência Social (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

[...]a natureza das novas organizações aumenta outras formas de adoecimento, tais como: afecções músculo-esqueléticas, estresse, problemas psíquicos, reações asmáticas e alérgicas, problemas decorrentes da exposição a agentes tóxicos e cancerígenos, etc. A OIT estima que 160 milhões de trabalhadores contraem doenças ligadas ao trabalho todos os anos. Embora não seja possível avaliar o custo de uma vida, a OIT calcula que 4% do PIB mundial é gasto com doenças profissionais, absenteísmo de trabalhadores, adoecimentos, tratamento, incapacidades e pensões (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2002 apud LANCMAN; SZNELWAR, 2008, p. 29)

Estudos realizados no Brasil e no mundo apontam para a problemática da frequente ocorrência de absenteísmo por doença entre os profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros. Por exemplo, no Canadá as informações sobre absenteísmo entre enfermeiros são difíceis de se encontrar devido à privacidade dos dados (DAVEY *et al*, 2009). A respeito disso, o Instituto Canadense de Informação em Saúde (CIHI) possui relatórios estatísticos de absenteísmo que incorporam todos os profissionais de saúde (inclusive enfermeiros). Normalmente, quando comparada a frequência de absenteísmo entre as categorias profissionais, nota-se que a chance dos profissionais de saúde se afastarem do trabalho por motivo de doença foi 50% maior em relação às outras ocupações. A média de dias perdidos por ano para os profissionais de saúde canadenses é de 12-15 dias (CIHI, 2005 apud DAVEY *et al*, 2009).

Em Hong Kong na China, um estudo feito nos hospitais com duas amostras de enfermeiros entre 1998 e 1999, revelou que entre os 144 enfermeiros da primeira amostra, apenas 29,2% não se ausentaram do trabalho por motivo de doença nos últimos 12 meses. E entre os 114 enfermeiros da segunda amostra, somente 29,8% não se afastaram do serviço por doença (SIU, 2002).

No Brasil, um estudo realizado na cidade de São José do Rio Preto - São Paulo, em um hospital geral de ensino apontou que 47,6% dos profissionais de enfermagem se ausentaram do trabalho durante o ano de 1999, totalizando em 662 episódios de afastamentos do trabalho. Destes, aproximadamente 10% eram enfermeiros, 1% técnicos de enfermagem, 82%

auxiliares de enfermagem e 7% atendentes de enfermagem. Dos 662 episódios de afastamentos do trabalho, 88,4% foram ocasionados por agravos à saúde (BARBOZA; SOLER, 2003).

Em Minas Gerais, na cidade de Montes Claros 143 profissionais de enfermagem que trabalhavam em um hospital público se afastaram do trabalho por motivos de doença, resultando em 565 registros entre janeiro de 2000 a agosto de 2004. Destes 565 afastamentos, 56,8% ocorreram entre auxiliares de enfermagem, 29,7% entre técnicos de enfermagem e 13,5% entre enfermeiros (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Já no estado do Paraná, uma pesquisa realizada em um hospital universitário constatou que 87% dos profissionais de enfermagem ausentaram-se do serviço entre julho de 1997 a junho de 1998. Foram registrados 680 afastamentos, correspondendo a 2.209 dias perdidos, sendo 1.491 (67,5%) dias perdidos por motivo de doença. Dos profissionais de enfermagem que se afastaram, 75% justificaram sua ausência por motivos de doenças e os demais por outros motivos (SILVA; MARZIALE, 2000).

Segundo a distribuição de afastamentos em hospitais públicos no Brasil, constatou-se que a maioria dos profissionais de enfermagem que se ausentava do trabalho por motivo de doença eram mulheres, pertenciam às categorias de técnicos e auxiliares de enfermagem, eram casados e tinham filhos, estavam abaixo de 40 anos e tinham mais de um vínculo empregatício (BARBOZA; SOLER, 2003; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; REIS *et al*, 2003; SILVA; MARZIALE, 2000).

O absenteísmo por doença é uma das principais causas de afastamentos do trabalho entre a equipe de enfermagem. As doenças mais frequentes são: doenças relacionadas a problemas geniturinários (infecção urinária), doenças do sistema neurológico e transtornos mentais (ansiedade, depressão), doenças do sistema respiratório (infecções respiratórias, asma brônquica), doenças do sistema digestivo (gastroenterites, esofagites, gastrites), doenças relativas aos órgãos dos sentidos (transtornos da visão, otites) e problemas referentes ao sistema osteomuscular (lesões por esforço repetitivo, contusões de membros) (BARBOZA; SOLER, 2003; PRIMO, 2008; REIS *et al*, 2003; SILVA; MARZIALE, 2006).

O reconhecimento da relação entre trabalho e doença implica em avaliar o perfil de adoecimento dos trabalhadores e a natureza desta relação. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), as doenças dos trabalhadores a partir das causas relacionadas ou não ao trabalho podem ser classificadas em (BRASIL, 2001):

- a) Doenças comuns, sem relação aparente com o trabalho;

b) Doenças comuns que foram modificadas sob determinadas condições de trabalho (aumento da frequência ou aparecimento precoce). Como exemplo, pode-se citar a elevação da pressão arterial em motoristas de transportes coletivos nos grandes centros urbanos;

c) Doenças comuns que em virtude do trabalho acelerou a etiologia da doença. Como exemplo, tem-se a asma brônquica, a dermatite de contato alérgica, doenças músculoesqueléticas e alguns transtornos mentais;

d) Agravos específicos à saúde, exemplificados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais.

Estes três últimos grupos de doenças constituem o conjunto de agravos à saúde relacionadas ao trabalho. Sendo assim, tem-se a relação entre trabalho e doença classificada em três tipos: “trabalho como causa necessária; trabalho como fator contributivo, mas não necessário e trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida” (BRASIL, 2001, p. 28).

3.2 Riscos ocupacionais

Falar de riscos ocupacionais para a classe de enfermagem envolve a discussão de temas como qualidade de ambiente e processos de trabalho. As condições de trabalho estão relacionadas com a dinâmica e organização do trabalho, carga horária, relacionamentos interpessoais, salário, transporte, alimentação, entre outros fatores que influenciam o próprio trabalho (VIEIRA, 1993 apud SILVA; MARZIALE, 2002).

Risco no ambiente hospitalar pode ser definido como uma ou mais condições potenciais que podem levar a danos. De forma geral, esses danos são traduzidos nas lesões a pessoas, danos a equipamentos e estrutura física, ao meio ambiente, entre outros. Risco pode expressar ainda uma probabilidade de possíveis agravos dentro de um período de tempo, ou seja, a possibilidade da existência de perigo aparente dentro do ambiente hospitalar (BRASIL, 1995; MULATINHO, 2001).

Segundo Silva e Marziale (2000, p. 45): “Os riscos ocupacionais variam de acordo com as atividades exercidas e o meio ambiente. A sobrecarga de risco pode desencadear prejuízo para a saúde do trabalhador, provocando o absenteísmo.”

Entre os riscos relacionados ao trabalho hospitalar, nos quais os profissionais de enfermagem se expõem, destacam-se os riscos: biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e

psicossociais (SILVA; MARZIALE, 2002; CRUZ, 2006; REZENDE, 2003; BRASIL, 1995; MULATINHO, 2001).

Risco biológico: é a exposição ocupacional a agentes biológicos que pode implicar no processo de adoecimento do profissional com conseqüente afastamento deste de suas funções. Isto normalmente ocorre através do manuseio de pacientes, equipamentos e materiais muitas vezes contaminados por sangue e outros fluidos corporais potencialmente infectantes (BRASIL, 2005; SÊCCO; ROBAZZI, 2007). A Norma Regulamentadora de nº15 (BRASIL, 1978, p. 82) classifica o nível de insalubridade a partir dos riscos biológicos em:

Insalubridade de grau máximo: trabalho e operações em contato permanente com pacientes em isolamento por doenças infecto-contagiosas, bem como objetos de seu uso, não previamente esterelizados; [...]. **Insalubridade de grau médio:** trabalho e operações em contato permanente com pacientes [...] ou com material infecto-contagiante em hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana [...] (destaque do autor).

O risco de contaminação com fonte de material biológico se dá principalmente através do contato mão-boca, mão-olho, perfuração, cortes superficiais ou feridas na pele. Como medida de prevenção para contaminação acidental por risco biológico, os profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, deve fazer uso de equipamentos de proteção individual, realizar higienização das mãos, entre outras medidas de proteção (BRASIL, 1995; MULATINHO, 2001).

Risco químico: é a manipulação de substâncias químicas que podem ser inaladas ou penetrar no tecido epidérmico, resultando em agravos físicos ou prejuízos à saúde. Isto inclui desde uma simples alergia até doenças crônicas importantes, muitas vezes incapacitantes para a função (HASS *et al*, 2006; ROBAZZI; XELEGATI, 2003).

Atualmente, muitos produtos químicos são utilizados na prática hospitalar. Eles possuem diversas finalidades que vão desde agentes de limpeza, desinfecção, esterilização até composição de soluções medicamentosas. Desta forma, os produtos químicos e seus riscos devem ser conhecidos pelos profissionais da área de saúde, a fim de que medidas preventivas cabíveis possam ser adotadas (BRASIL, 1995; MULATINHO, 2001). Circunstâncias favorecedoras desse tipo de exposição ocupacional são o uso prolongado de luvas de látex, o manuseio de detergentes e solventes, a manipulação de drogas antineoplásicas e antibióticos de última geração, a inalação de gases anestésicos, a exposição aos vapores de formaldeído e glutaraldeído e aos vapores dos gases esterilizantes, entre outros (HASS *et al*, 2006, p. 2).

Em estudo realizado entre enfermeiros da emergência de um Hospital Universitário constatou que os profissionais de enfermagem se expunham à pelo menos 15 substâncias químicas em seu ambiente de trabalho. Sendo as mais citadas a manipulação de antibióticos, benzina, iodo, látex, glutaraldeído e formaldeído. Estas substâncias demandavam problemas de saúde referidos pelos profissionais, tais como náuseas, vômitos, alterações sanguíneas, cefaléia, alopecia, diarreia, dentre outros (HASS *et al*, 2006).

Risco físico: é aquele decorrente da exposição a agentes físicos que pode causar danos e agravos à saúde do trabalhador, podendo resultar em absenteísmo por doença ou acidente ocupacional. Os principais agentes físicos dentro do ambiente hospitalar são radiações ionizantes e não-ionizantes, pressões anormais, calor, ruído, vibrações, iluminação entre outros (BRASIL, 1995; MULATINHO, 2001; RESENDE, 2003).

Os profissionais de enfermagem em sua prática, por sua vez, frequentemente se expõe a estes agentes, através do trabalho nas operações de limpeza, desinfecção e esterilização de artigos hospitalares (exposição ao calor); nos setores de radio-diagnóstico e radioterapia (exposição a radiações ionizantes); centros cirúrgicos e unidades de terapia intensiva (exposição a ruído), entre outros (BRASIL, 1995; MULATINHO, 2001; RESENDE, 2003).

Quando em excesso, estes agentes físicos podem causar efeitos indesejáveis sobre o corpo humano, tais como colapso, convulsões, delírio, desidratação, vômitos, náuseas, tontura, câibras musculares, cefaléia, entre outros sintomas. No caso das radiações ionizantes, os efeitos biológicos podem ser hereditários (transmitidos aos descendentes) ou somáticos (produz lesão nas células do indivíduo exposto à radiação, porém esta lesão não é transmitida hereditariamente) (BRASIL, 1995; MULATINHO, 2001).

Risco ergonômico: é aquele relacionado à exposição a agentes de natureza ergonômica que pode levar o trabalhador a sofrer problemas de saúde, sobretudo problemas relativos à coluna vertebral (MULATINHO, 2001). Entende-se por ergonomia os meios de adaptação do ambiente de trabalho ao homem. A análise de um ambiente adequado de trabalho deve incluir os fatores relacionados ao manuseio de cargas, mobiliário, equipamentos, ritmo excessivo de trabalho, divisão fragmentada e repetitiva de tarefas, entre outras situações que possam levar ao estresse físico (BARBOZA; SOLER, 2003; GEHRING JUNIOR *et al*, 2007; MULATINHO, 2001; REZENDE, 2003; SILVA; MARZIALE, 2000).

A execução de tarefas pelos profissionais de enfermagem sem a devida atenção do posicionamento corporal correto pode causar sérias complicações a sua saúde. Rotineiramente a enfermagem desempenha funções com rotação e inclinação do eixo vertebral. Esta postura acaba contribuindo para o aparecimento de doenças ósteo-articulares, tais como cervicalgia e

dorso-lombalgia incapacitantes. Levantar, sustentar e transportar pacientes com postura corporal nociva pode desencadear dores lombares. Levando, assim, ao afastamento do trabalhador de suas funções (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2006; BRASIL, 1995; MULATINHO, 2001). “As **lombalgias** encontram-se entre as principais causas de absenteísmo do pessoal de enfermagem em todo o mundo. Pesquisa realizada com 3.912 enfermeiras inglesas revelou absenteísmo de 750.000 dias de trabalho, por ano, devido a esta causa. No Brasil [...] não há registros” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2006, p. 31, grifo do autor).

Risco psicossocial: pode ser compreendido como a interação entre ambiente de trabalho, incluindo sua organização e dinâmica, e a satisfação ocupacional. Os fatores psicossociais traduzem as percepções e vivências do trabalhador inserido em seu contexto de trabalho. Estes fatores interagem com variáveis ocupacionais (como as condições de organização do trabalho), e variáveis pessoais (como necessidades, cultura e características pessoais do trabalhador) (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

3.2.1 Condições estressantes de trabalho

Tendo em vista a modernização e a implantação de tecnologias dentro dos processos de trabalho, foram percebidas mudanças significativas nas condições e organização ocupacionais ao longo dos anos. Progressivamente, houve o reconhecimento da interação do trabalho sobre a saúde mental do trabalhador, principalmente no que diz respeito aos impactos econômicos e sociais que os problemas relativos ao bem estar emocional dos trabalhadores poderiam trazer, com destaque para o aumento na frequência de acidentes de trabalho e absenteísmo. (GUIMARÃES; GRUBITS, 1999).

Segundo Guimarães e Grubits (1999) e Lancman e Sznelwar (2008) esta influência da organização do trabalho sobre o bem estar emocional do trabalhador, ou até mesmo sua contribuição para o sofrimento mental, desgaste e adoecimento foi alvo de investigações recentes, sobretudo no final do século XX. Até então poucos trabalhos haviam sido pesquisados sobre este tema. Inúmeras pesquisas e intervenções têm sido realizadas visando tanto a melhoria da produtividade como as condições e a organização do trabalho, mas ainda são poucas aquelas que se preocupam com o conteúdo simbólico do trabalho, com seus aspectos invisíveis, com as relações subjetivas do trabalhador com sua atividade, com o sofrimento e o desgaste gerado pelo trabalho e com seus efeitos sobre a saúde física e mental dos sujeitos (LANCMAN; SZNELWAR, 2008, p. 33).

Segundo Dejours é possível haver sentimentos dicotômicos para as situações de trabalho, ou seja, o trabalho pode conduzir ora ao prazer (proporcionando *status* social, prestígio e dignidade), ora ao sofrimento com desgaste físico e mental. O sofrimento aqui pode ser entendido como uma ponte que separa a saúde da doença, ele pode ser manifestado através de sintomas como insatisfação, ansiedade e frustração (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Dentro do universo dos riscos psicossociais, o estresse ocupacional é reconhecido como um dos riscos mais prejudiciais à saúde e ao bem-estar mental do trabalhador. O estresse associado às más condições de trabalho pode trazer como consequência um aumento na frequência de absenteísmo, rotatividade no local de trabalho, produtividade e performance baixas, conflitos entre a chefia e colegas de trabalho, entre outros. Sem falar que, trabalhadores expostos a fontes de estresse no trabalho ficam mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças, tais como, “síndrome metabólica, síndrome da fadiga crônica, distúrbios do sono, diabetes e síndrome de *Burnout*” (SCHMIDT; DANTAS et al., 2009, p. 331).

A exposição a condições estressantes no ambiente de trabalho geralmente se dá de forma gradual. Este lento contato com situações estressantes pode desencadear reações fisiológicas de adaptação. Karasek e seus colaboradores na década de 70 constataram que o “ambiente” seria uma fonte causadora de estresse. Porém encontrar a relação causal entre o ambiente e o indivíduo não é uma tarefa fácil. Cada indivíduo produz reações diferentes a distintos estímulos e em tempos diferentes (ALVES, 2004).

Avaliar as condições estressantes de trabalho não é algo simples. Existe uma multiplicidade de modelos de análise, porém que não contemplam todos os aspectos inerentes ao estresse ocupacional ou até mesmo os estressores externos ao trabalho. Entre os pesquisadores que estudaram a associação do estresse com o trabalho e suas repercussões na saúde ocupacional, Robert Karasek se destacou por propor um modelo teórico bidimensional que incluía fatores de demanda e controle no trabalho e o risco do trabalhador adoecer (SCHMIDT *et al*, 2009; ALVES *et al*, 2004; ALVES, 2004).

Demanda, neste caso, pode ser entendida como as pressões psicológicas originadas no trabalho que podem ser de natureza quantitativa (por exemplo, a agilidade na realização das atividades ocupacionais), ou qualitativa (por exemplo, as desordens entre questões contraditórias, conflitantes), ou seja, demanda está relacionada ao ritmo de trabalho (o quanto ele é intenso e difícil de ser realizado) e aos conflitos entre colegas e chefia. Já o controle pode ser compreendido pela autonomia do trabalhador em decidir como realizar seu trabalho através do uso de suas habilidades intelectuais, criatividade, autoridade e poder de decisão.

Ou seja, o trabalhador tem flexibilidade para decidir quais competências e habilidades empregar na realização das tarefas (ALVES *et al*, 2004; ALVES, 2004; KARASEK *et al*, 1998; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A partir deste princípio, foi possível divulgar uma relação entre demanda e controle, agrupando estes dois aspectos em quatro quadrantes: alta demanda e alto controle; alta demanda e baixo controle; baixa demanda e alto controle; baixa demanda e baixo controle (SCHMIDT *et al*, 2009; ALVES, 2004; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). Segundo Alves e colaboradores (2004, p. 165):

A coexistência de grandes demandas psicológicas com baixo controle sobre o processo de trabalho gera *alto desgaste* ('job strain') no trabalhador, com efeitos nocivos à sua saúde. Também nociva é a situação que conjuga baixas demandas e baixo controle (trabalho *passivo*), na medida em que podem gerar perda de habilidades e desinteresse. Por outro lado, quando altas demandas e alto controle coexistem, os indivíduos experimentam o processo de trabalho de forma *ativa*: ainda que as demandas sejam excessivas, elas são menos danosas, na medida em que o trabalhador pode escolher como planejar suas horas de trabalho de acordo com seu ritmo biológico e criar estratégias para lidar com suas dificuldades. A situação 'ideal', de *baixo desgaste*, conjuga baixas demandas e alto controle do processo de trabalho.

Para Karasek e Theorell (1990 apud ALVES, 2004; KARASEK *et al*, 1998) o estresse ocupacional é fruto do alto desgaste no trabalho, resultado da interação entre alta demanda psicológica, baixo controle no trabalho e baixo apoio social dos colegas de trabalho e chefia. A maioria das reações adversas provenientes do estresse ocupacional ocorre quando existe grande tensão e exigência no ambiente de trabalho. Já os trabalhos com baixo desgaste (baixa demanda e alto controle) são percebidos como ideais, com efeitos psicológicos benéficos.

Um terceiro aspecto presente também na organização de trabalho é o apoio social. Este aspecto diz respeito às relações sócio-emocionais que são travadas entre colegas e chefia dentro do ambiente de trabalho. O apoio social foi incluído em 1988 por Johnson ao modelo proposto por Karasek. Neste mesmo ano, o sueco Töres Theorell reduziu o questionário elaborado por Karasek (*Job Content Questionnaire - JCQ*), que de 49 questões passou para 17 questões (versão resumida do *Job Stress Scale-JSS*) sem prejuízo de sua coerência (ALVES *et al*, 2004; SCHMIDT *et al*, 2009; ALVES, 2004; KARASEK *et al*, 1998).

O JCQ construído por Karasek é um instrumento que aborda os seguintes aspectos do trabalho: demandas psicológica e física, controle, apoio social e insegurança no trabalho. Demanda, controle e apoio social são aspectos do trabalho que foram discutidos

anteriormente. Já insegurança no trabalho diz respeito à carga psicológica referente à adaptação à dinâmica do mercado de trabalho, ou seja, a alta ocorrência de desemprego associada aos requisitos e competências específicas do mercado de trabalho, que transferem para o trabalhador sentimentos de insegurança e medo no trabalho (ALVES *et al*, 2004; SCHMIDT *et al*, 2009; ALVES, 2004; KARASEK *et al*, 1998).

Com a tradução do JCQ, o questionário foi utilizado em mais de 12 países, incluindo o Brasil. O JCQ é um questionário auto aplicável e foi projetado para avaliar as características psicossociais do ambiente de trabalho, analisando o risco de exposição ao estresse conforme as diferentes atividades realizadas pelos trabalhadores (KARASEK *et al*, 1998).

Este instrumento tem sido aplicado nos estudos sobre as características sociais e psicológicas do trabalho e o desenvolvimento de doenças ocupacionais, cardiopatias, doenças do sistema músculo-esquelético, distúrbios reprodutivos e sofrimento mental. Sua utilização transcende a área econômica de produção e lucro para a área social como medida da qualidade do trabalho, satisfação e bem estar dos trabalhadores (KARASEK *et al*, 1998).

O questionário de Karasek reduzido por Theorell (versão resumida do JSS) contém perguntas que avaliam a demanda psicológica, controle e apoio social no trabalho, sendo estas perguntas selecionadas da seguinte forma: 5 perguntas com enfoque para demanda, 6 perguntas com enfoque para controle e 6, com enfoque para apoio social (ALVES *et al*, 2004; SCHMIDT *et al*, 2009; ALVES, 2004).

Dentre as perguntas que avaliam demanda, quatro referem-se a aspectos quantitativos, como tempo e velocidade, para realização do trabalho, e uma pergunta avalia aspecto predominantemente qualitativo do processo de trabalho, relacionado ao conflito entre diferentes demandas. Dentre as seis questões referentes ao controle, quatro se referem ao uso e desenvolvimento de habilidades, e duas à autoridade para tomada de decisão sobre o processo de trabalho. Para ambas as dimensões, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert (1-4), variando entre 'frequentemente' e 'nunca/quase nunca'. O bloco referente ao apoio social contém seis questões sobre as relações com colegas e chefes com quatro opções de resposta em escala tipo Likert (1-4) com variação entre 'concordo totalmente' e 'discordo totalmente' (ALVES *et al.*, 2004, p. 165 e 166).

Conforme pesquisa realizada na base de dados LILACS, com as palavras "enfermagem", "estresse" e "modelo demanda-controle", até 2010 apenas um estudo no Brasil havia utilizado a escala reduzida por Theorell na sua totalidade (SCHMIDT *et al*, 2009). Entretanto o modelo demanda-controle de Karasek foi amplamente utilizado em diversos estudos relatados por Alves (2004): Karasek e Theorell (1990); Stansfeld, et al

(2002); Siegrist (2002); Ibrahim, et al (2001); North, et al (1993;1996); Wamala, et al (2000); Kuper e Marmot (2003). Os resultados destes estudos demonstraram associações entre condições estressantes de trabalho e desfechos que variaram desde doenças (distúrbios psiquiátricos menores, doenças do sistema digestivo, distúrbios músculoesqueléticos e doenças cardiovasculares) até auto-avaliação do estado de saúde e absenteísmo (ALVES *et al*, 2004).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal com dados coletados em 2010, mas referentes ao ano de 2009. Foram coletadas informações sobre a caracterização demográfica dos profissionais de enfermagem, sobre a proporção de profissionais com um ou mais episódios de absenteísmo por doença e sobre a exposição às condições estressantes presentes no ambiente de trabalho e que podem estar associadas com o desfecho.

4.2 Local de estudo

O local de investigação foi o Hospital das Clínicas/ UFPE.

De acordo com os dados divulgados no DATASUS, o Hospital das Clínicas da UFPE é uma unidade pública de administração federal, referência em atendimento de média e alta complexidade, que apóia atividades de ensino, atuando como campo de produção científica.

O fluxo da clientela para acesso ao hospital é por demanda espontânea e referenciada, sendo suas instalações físicas para assistência aos pacientes divididas em 3 setores:

- a) Urgência que inclui o Serviço de Pronto Atendimento (SPA) com consultórios médicos e salas de repouso, observação feminina, masculina e pediátrica;
- b) Ambulatorial com clínicas básicas, especializadas e indiferenciadas, consultórios não médicos, sala de cirurgia ambulatorial, sala de curativo, sala de serviços de enfermagem, sala de gesso, sala de imunização, sala de nebulização e sala de pequena cirurgia;
- c) Hospitalar com salas de cirurgia, de recuperação, sala de curetagem, sala de parto normal, sala de pré-parto e leitos de alojamento conjunto, de recém-nascidos normais e patológicos.

Existem também os serviços de apoio da instituição, tais como: ambulância, banco de leite, central de material e esterilização (CME), farmácia, lactário, lavanderia, necrotério, serviço de nutrição e dietética (SND), serviço de prontuário de paciente, manutenção de equipamentos e serviço social.

4.3 População e amostra

O estudo foi realizado com os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem) que satisfizeram os seguintes critérios:

1. Vínculo empregatício com a UFPE;
2. Trabalharam pelo menos seis meses no Hospital das Clínicas em 2009;

E foram excluídos do estudo:

1. Profissionais que trabalharam menos de seis meses no Hospital das Clínicas em 2009;

Razões para exclusão:

Considerando que é necessário uma exposição prolongada e contínua às condições estressantes de trabalho (ALVES, 2004; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009) para o desencadeamento de doenças entre os profissionais de enfermagem, optou-se arbitrariamente para este estudo um período mínimo de trabalho de 6 meses. Caso existam agentes estressores no ambiente de trabalho, assume-se pelo menos um tempo de exposição de 6 meses para gerar desgaste psicológico e conseqüente adoecimento e afastamento dos trabalhadores de suas funções.

Todos os profissionais de enfermagem que responderam ao questionário e que se afastaram do trabalho por doença tiveram as seguintes informações coletadas no Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor da UFPE: idade, função, setor de trabalho, doença que o levou ao afastamento do trabalho, a quantidade de dias afastados e o mês de ocorrência (Apêndice B). Estas informações foram inicialmente comparadas com as informações do questionário. Informações incompletas ou ausentes coletadas pelo questionário foram complementadas com os dados do Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor.

Segundo a Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida da UFPE (PROGEPE) o Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor além de oferecer consultas médicas, realiza admissão dos servidores da UFPE e homologação das licenças médicas.

Em 2009, o hospital universitário possuía 568 profissionais de enfermagem concursados e vinculados à UFPE, assim distribuídos: 139 (24,0%) enfermeiros assistenciais e gerenciais, 407 (72,0%) técnicos e auxiliares de enfermagem e 22 (4,0%) atendentes de enfermagem, que trabalhavam nos setores de urgência, internação, ambulatório e nos serviços de apoio hospitalar.

Para seleção da amostra dos profissionais de enfermagem adotou-se a amostragem aleatória estratificada, ou seja, foi retirado um número ao acaso de sujeitos elegíveis ao estudo separadamente por categoria profissional e em seguida por setor de trabalho.

Inicialmente os profissionais de enfermagem que compunham a população fonte do estudo foram divididos nos seguintes grupos (Figura 1):

1. Enfermeiros (as):
 - 1.1 Assistenciais;
 - 1.2 Gerenciais;
2. Técnicos(as) e auxiliares de enfermagem;
3. Atendentes de enfermagem.

Para a categoria de enfermeiros a amostragem estratificada foi realizada considerando os subgrupos de enfermeiros assistenciais e enfermeiros gerenciais.

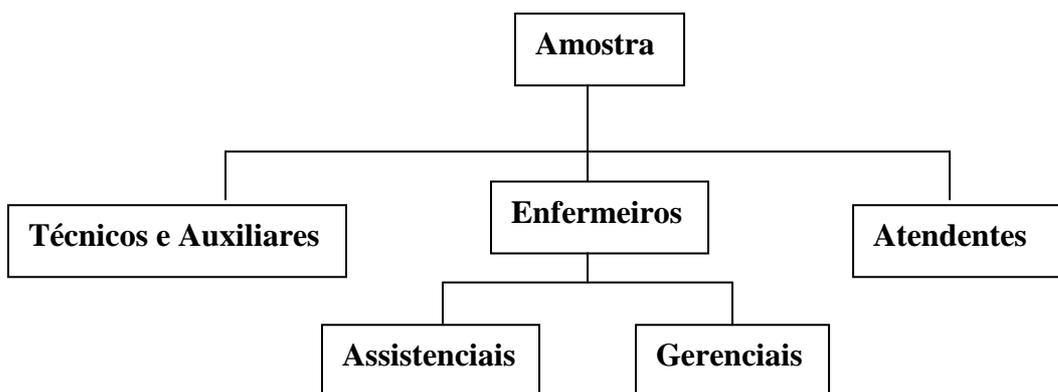


Figura 1 Representação esquemática da amostra

Em seguida as categorias de enfermeiros assistenciais, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem foram agrupados conforme os setores de trabalho abaixo (Tabela 1):

1. *Unidades Especializadas*: clínica médica (11º andar- sul); unidade de transplante e cirurgia bariátrica (10º andar- sul); clínica cirúrgica - vascular, ginecologia e urologia (10º andar- norte); clínica cirúrgica - traumatologia, ortopedia e neurologia (9º andar sul); maternidade (9º andar- norte); doenças infecto - parasitárias (8º andar- sul); clínica cirúrgica geral (8º andar- norte); clínica médica especializada (7º andar- sul); psiquiatria (7º andar- norte); clínica pediátrica (6º andar- sul); nefrologia e hemodiálise (5º andar- norte);

2. *Unidades de Tratamento Intensivo e Cuidados Especiais*: unidade de terapia intensiva- UTI/ unidade de recuperação de cirurgia cardíaca- URCC (5º andar- sul); unidade neonatal (4º andar- sul);

3. *Centros Cirúrgico e Obstétrico*: bloco cirúrgico (5º andar- oeste); centro obstétrico (4º andar- oeste); hemodinâmica intervencionista;

4. *Unidades Ambulatoriais e Serviço de Pronto-Atendimento - SPA*: cirurgia ambulatorial; hemodinâmica; ambulatórios de especialidades clínicas e cirúrgicas;

5. *Serviços de Apoio Hospitalar*: central de material e esterilização - CME; serviço de arquivo médico e estatística - SAME; serviço de admissão e alta; agência transfusional; comissão interna de prevenção de acidentes- CIPA; núcleo de epidemiologia e informações hospitalares - NEPI; comissão de controle de infecção hospitalar - CCIH; banco de leite; ouvidoria; unidade de processamento de roupas; engenharia clínica; núcleo de educação permanente- NEPE; residência de enfermagem, coordenação de enfermagem; assessoria e direção técnica e serviço de transporte.

Tabela 1 Profissionais de Enfermagem vinculados à UFPE do Hospital das Clínicas de Pernambuco. Recife, 2009

Setores	Categoria Profissional N(%)			
	Enfermeiros Gerenciais	Enfermeiros Assistenciais	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	Atendentes de Enfermagem
Unidades Especializadas	---	51 (37,0%)	249 (61,0%)	10 (46,0%)
Unidades de Tratamento Intensivo e Cuidados Especiais	---	12 (8,0%)	20 (5,0%)	---
Centros Cirúrg. Obstétrico	---	15 (11,0%)	52 (13,0%)	2 (9,0%)
Unid. Ambulatoriais e SPA	---	24 (17,0%)	67 (16,0%)	6 (27,0%)
Serviços de Apoio Hospitalar	---	22 (16,0%)	19 (5,0%)	4 (18,0%)
Total	15	124	407	22

Ao total, 15 estratos foram formados (Tabela 1), considerando as categorias de enfermeiros assistenciais, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem nos diferentes setores de trabalho e a categoria de enfermeiros gerenciais. A amostragem estratificada obedeceu à proporção do tamanho de cada estrato.

4.3.1 Cálculo da amostra

Realizaram-se dois cálculos de tamanho da amostra, cada um correspondendo a um objetivo de estudo:

1. Um tamanho de amostra necessário para estimar a proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença em toda a população do estudo.

2. Um tamanho de amostra necessário para estimar a associação entre a proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença e exposição às condições estressantes de trabalho, considerando os quatro diferentes níveis de exposição ao estresse do modelo Demanda - Controle de Karasek: trabalho de alto desgaste, trabalho ativo, trabalho passivo e trabalho de baixo desgaste (ALVES *et al*, 2004).

Em relação ao cálculo de amostra necessário para estimar a proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença em toda a população de estudo, foi realizado uma análise do banco de dados do Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor da UFPE, onde constatou-se que a proporção de profissionais de enfermagem concursados do Hospital das Clínicas com um ou mais episódios de absenteísmo por doença no ano de 2008 era de 54,0%. Observou-se também que a proporção de enfermeiros com um ou mais episódios de absenteísmo por doença (54,0%) era semelhante à proporção dos técnicos e auxiliares de enfermagem (55,0%).

A partir destas constatações, optou-se por fazer o cálculo do tamanho da amostra considerando uma prevalência estimada de 50,0% para a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença em toda a população de estudo.

O cálculo do tamanho da amostra se baseou na equação para população finita conforme explicitada abaixo (MEDRONHO, 2002, p. 300):

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 NP (1-P)}{\varepsilon^2 (N-1) + Z^2 \alpha/2 P (1-P)}$$

onde:

$Z\alpha/2 = 1,96$ (valor tabelado da distribuição normal padronizada correspondente a um intervalo de confiança de 95%)

$N =$ tamanho da população fonte ($N= 568$)

$P =$ prevalência estimada de 50,0% para a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença

$\varepsilon =$ erro tolerável ou margem de erro de 5%

Substituindo os valores na equação, obtém-se:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 568 \times 0,5 (1 - 0,5)}{(0,05)^2(568 - 1) + (1,96)^2 \times 0,5 (1 - 0,5)}$$

Portanto, o tamanho da amostra necessário para estimar a proporção de um ou mais episódios de absenteísmo por doença correspondeu a 229 profissionais de enfermagem.

Em relação ao cálculo de amostra necessário para estimar a associação entre a proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença e exposição às condições estressantes de trabalho foi necessário ponderar as seguintes situações hipotéticas (Tabela 2):

- 1) Estimativa de 50,0% na prevalência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença nos profissionais de enfermagem (baseado em revisão de literatura e em estudo preliminar sobre absenteísmo no ano de 2008 entre os sujeitos da pesquisa);
- 2) Razão de prevalência entre exposto e não exposto de 2 ou de 1,5;
- 3) Igual proporção de expostos e não expostos (50,0%) ou proporção de expostos de 70,0% e não expostos 30,0% (baseado em revisão de literatura e em estudo piloto);
- 4) Nível de significância de 5%;
- 5) Poder de teste de 90% ou 80%

Apesar da variável de exposição às condições estressantes de trabalho possuir quatro categorias, tais como: *trabalho de alto desgaste*, *trabalho ativo*, *trabalho passivo* e *trabalho de baixo desgaste*, para efeito da exposição no cálculo do tamanho de amostra foram consideradas as duas categorias mais extremas: *trabalho de alto desgaste* (exposição) e *trabalho de baixo desgaste* (não exposição).

O cálculo do tamanho de amostra baseado nas situações hipotéticas acima referidas foi realizado a partir do programa Epi info versão 6 no módulo *Epi table (sample- sample size-cohort study)*. Como no cálculo de tamanho de amostra de estudos de coorte utiliza-se risco relativo e incidência cumulativa, e sabendo que incidência e prevalência são proporções. O cálculo realizado neste módulo também foi usado para calcular amostras com o objetivo de usar prevalência como medida de frequência e razão de prevalência como medida de associação.

A prevalência entre expostos e não expostos foi estimada de acordo com a seguinte fórmula:

$P = (PE \times p_1) + (P\tilde{N}E \times p_2)$, onde a prevalência total equivale a média ponderada da prevalência de cada grupo.

P = prevalência estimada de 50,0% para a ocorrência de um ou mais episódios de absentismo por doença em na população fonte;

$P\tilde{N}E$ = prevalência estimada no grupo não exposto;

PE = prevalência estimada no grupo exposto (para $RP = 2$, então $PE = 2 \times P\tilde{N}E$; para $RP = 1,5$, então $PE = 1,5 \times P\tilde{N}E$);

p_1 = proporção esperada de expostos na população fonte ($p_1 = 0,5$ ou $0,7$);

p_2 = proporção esperada de não expostos na população fonte ($p_2 = 0,5$ ou $0,3$);

RP = razão de prevalência (exposto/ não exposto).

A prevalência nos não expostos nos diversos cenários foi estimada então como: $PNE = P / [(RP \times p_1) + p_2]$, e a prevalência nos expostos como $PE = RP \times PNE$. Por exemplo, na primeira linha da tabela 2 temos que: $PNE = 0,5 / [(1,5 \times 0,5) + 0,5] = 0,4$ e $PE = 0,4 \times 1,5 = 0,6$.

Tabela 2 Tamanho da amostra para estimar associação entre exposição e desfecho

Poder de teste (%)	Prevalência abs. por doença (%)	RP	Proporção		Prevalência Estimada		Estimativa de Amostra								
			exposto	não exposto	exposto	não exposto	Exposto			Não exposto					
							Caso	Não Caso	Total	Caso	Não Caso	Total	Total		
90	50	1,5	0,5	0,5	0,60	0,40	84	56	140	56	84	140	280		
			0,7	0,3	0,55	0,37	64	52	116	99	168	267	383		
		2,0	0,5	0,5	0,66	0,33	35	18	53	17	36	53	106		
			0,7	0,3	0,58	0,29	28	20	48	32	79	111	159		
		80	50	1,5	0,5	0,5	0,60	0,40	64	43	107	43	64	107	214
					0,7	0,3	0,55	0,37	49	40	89	76	129	205	294
		2,0	0,5	0,5	0,66	0,33	27	14	41	13	28	41	82		
			0,7	0,3	0,58	0,29	21	16	37	25	61	86	123		

Nota: O número de casos nos exposto e não expostos foi calculado a partir da multiplicação da respectiva prevalência pela estimativa total da amostra.

4.3.1.1 Seleção do cálculo de amostra

Com os resultados acima, procurou-se um número de amostra que fosse factível de ser obtido e suficiente para testar as duas principais hipóteses (de prevalência na população de estudo e de associação entre exposição e desfecho). Considerou-se então um tamanho de amostra de 280 profissionais, o que seria suficiente para testar uma associação com $RP=1,5$ com poder de teste de 90% e um cenário de igual proporção entre expostos e não expostos (50,0%). Ponderando que seria factível trabalhar com uma amostra de 360 indivíduos,

decidiu-se por este número final (aumento de aproximadamente 28,0% sobre os 280) a fim de compensar possíveis perdas.

Para obter a amostra, mantendo a mesma proporcionalidade dentro de cada estrato da população, calculou-se a fração amostral ($360/568= 0,63$) e em seguida multiplicou-se pelo número de pessoas de cada estrato na população (Tabela 3):

Tabela 3 Amostragem estratificada proporcional dos profissionais de Enfermagem por categoria e setor de trabalho. Recife, 2009

Setores	Categoria Profissional							
	Enfermeiros Gerenciais		Enfermeiros Assistenciais		Técnicos e Auxiliares de Enfermagem		Atendentes Enfermagem	
	N ¹	n(f) ²	N ¹	n (f) ²	N ¹	n (f) ²	N ¹	n (f) ²
Unidades Especializadas	---	---	51	32	249	157	10	6
Unid. de Tratam. Int. e Cuid. Espec.	---	---	12	8	20	13	---	---
Centros Cirúrg. e Obstétrico	---	---	15	10	52	33	2	1
Unid. Amb. e SPA	---	---	24	15	67	42	6	4
Serviços de Apoio Hospitalar	---	---	22	14	19	12	4	3
Total	15	10	124	79	407	257	22	14

Notas: ¹ N= população fonte

² n(f) = amostra proporcional calculada a partir da fração amostral de 0,63

Por exemplo, na primeira linha da tabela 3, tem-se o número de amostra de 32 enfermeiros assistenciais das unidades especializadas que corresponderam a 63,0% dos 51 enfermeiros assistenciais totais da mesma unidade.

A partir da organização da população fonte em estratos e do tamanho de amostra em cada um deles foi possível selecionar os profissionais de enfermagem que participaram do estudo. Para isto, foram seguidas as etapas abaixo:

1) Confecção de uma lista em ordem alfabética com os nomes de todos os profissionais da equipe de enfermagem organizados por categoria profissional e setor de trabalho;

2) Identificação dos profissionais de enfermagem integrantes na lista através de um registro numérico único dentro de cada estrato;

3) Em cada estrato da população fonte foram realizados sorteios de números aleatórios, obedecendo ao limite de tamanho de amostra imposto pela fração amostral (0,63). Por exemplo, entre os 51 enfermeiros assistenciais que trabalhavam nas unidades especializadas, deveriam ser selecionados 32 indivíduos, portanto foram gerados 32 números aleatórios e os indivíduos cujos registros corresponderam a esses números foram selecionados. O programa utilizado para o sorteio de números aleatórios foi o Epi info versão 6 no módulo *Epi table* (*sample-random number list*).

4.4 Coleta de dados

Apesar do tempo de observação ter sido referente ao ano de 2009, os dados foram coletados entre os meses de junho a agosto de 2010 a partir da aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas (dados primários - Apêndice A) e das informações do Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor da UFPE (dados secundários - Apêndice B).

As etapas de construção do questionário obedeceram a seguinte sequência:

1) Inicialmente foi preparada uma versão preliminar do questionário.

2) Em seguida, este foi aplicado em uma amostra por conveniência fora da população de estudo, a fim de identificar problemas na interpretação das questões. Também se preparou a primeira versão de um manual de rotina de aplicação do questionário para orientação da coleta de dados.

3) Um estudo piloto foi realizado onde uma nova versão do questionário foi aplicada a um número arbitrário de profissionais de enfermagem, similares aos indivíduos elegíveis ao estudo e escolhidos por conveniência.

4) Nova revisão do questionário foi feita antes da realização do inquérito definitivo.

De posse da versão definitiva do questionário, a pesquisadora selecionou algumas alunas dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina para participarem do projeto como entrevistadoras. Estas alunas foram instruídas quanto à coleta de dados. Cada uma delas foi equipada com os seguintes materiais: pasta para guardar os documentos, questionários do estudo (Apêndice A), termos de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C), cópia do termo de anuência (Anexo A), roteiro para aplicação do questionário (Apêndice D), cópia da folha de aprovação do comitê de ética, caneta e caderno de campo para as anotações pertinentes.

As entrevistadoras aplicaram o questionário aos indivíduos selecionados para o estudo e uma vez por semana eram realizadas reuniões com a pesquisadora para o resgate dos questionários e discussão das dificuldades encontradas no campo. Este momento era aproveitado também para ratificar a padronização dos procedimentos durante a coleta de dados (descrito no roteiro - Apêndice D), a fim de obter informações mais confiáveis.

Os questionários aplicados recebiam uma codificação numérica específica correspondente a cada indivíduo, e que era preenchida pelas entrevistadoras no momento da coleta de dados, evitando assim que os nomes dos participantes constassem no questionário. Isso permitia aos participantes do estudo maior liberdade e menor constrangimento, pois apesar da pesquisa ser classificada como risco mínimo, o questionário sobre condições estressantes de trabalho e absenteísmo por doença poderia gerar nos participantes do estudo algum tipo de desconforto ou resistência para responder.

À medida que os questionários eram respondidos, iniciava-se o processo de revisão dos mesmos e codificação das variáveis. Utilizou-se do programa *Epi-info versão 6*, através do editor de texto EPED, para digitar o questionário em um banco de dados.

Os dados do questionário foram digitados por duas pessoas diferentes em dois bancos distintos, ou seja, cada digitador digitou todos os dados de cada questionário em um banco específico. Ao final do processo de digitação, os dois bancos de dados correspondentes aos dois digitadores foram comparados através do módulo *Validate Duplicate Entry* do *Epi-info versão 6*. Registros com informações diferentes para variáveis comparadas foram revistos e corrigidos.

4.5 Desfecho principal

O estudo se propôs a pesquisar como desfecho a proporção de profissionais de enfermagem com um ou mais episódios de absenteísmo por doença. As informações referentes às doenças dos profissionais que se afastaram do trabalho foram agrupadas segundo a distribuição da Classificação Internacional de Doença - CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007).

Na análise descritiva, absenteísmo por doença foi apresentado na forma dicotomizada (presença de um ou mais episódios ou ausência). Como também foi apresentado separadamente por grupos de doenças, por frequência de episódios de afastamento do trabalho

e trimestre correspondente e por quantidade máxima de dias afastados em um único episódio de absenteísmo.

Na análise da associação entre exposição e desfecho, absenteísmo por doença foi tratado como variável dicotômica: presença de um ou mais episódios ou ausência. Não foi objetivo deste estudo estimar a associação entre a exposição às condições estressantes de trabalho separadamente para cada grupo de doenças que geraram absenteísmo. A análise sobre a associação utilizou como desfecho a proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por todos os grupos de doenças e não separadamente para cada grupo.

4.6 Exposição principal

Como exposição foram consideradas as condições estressantes de trabalho (como por exemplo, atividades intensas, rotinas exigentes, multiplicidade de funções, tempo insuficiente para execução das tarefas, exigências contraditórias, pouca oportunidade de aprender coisas novas, baixa autonomia profissional, repetitividade de tarefas, cobranças constantes das lideranças, conflitos interpessoais nas relações de trabalho, ambiente de trabalho agitado e desagradável, turno e carga horária exaustivas de trabalho, rotatividade de setor).

As condições estressantes de trabalho foram definidas no estudo de duas maneiras:

- 1) Através da versão resumida do questionário *Job Stress Scale* (JSS);
- 2) Através de outras variáveis que não fizeram parte do questionário padronizado JSS, mas que estavam associadas a aspectos da organização e ambiente de trabalho.

A construção do questionário JSS, no que diz respeito às condições estressantes de trabalho, foi baseada no modelo teórico elaborado por Karasek que inclui aspectos de demanda, controle e apoio social no trabalho (KASEK *et al*, 1998; MAGNO; LISBOA; GRIEP, 2009; THEORELL; KARASEK, 1996). Este modelo não tem a pretensão de avaliar os estressores externos ao trabalho ou mesmo variáveis pessoais (necessidades, cultura e características pessoais) dos indivíduos expostos a fontes de estresse (ALVES *et al*, 2004).

A versão resumida proposta por Theorell na década de 80 foi aplicada no questionário do presente estudo, através da adaptação para o português do JSS (ALVES *et al*, 2004). Esta adaptação para o português levou em consideração as dimensões de equivalência conceitual, entre itens, semântica, operacional, de medidas e funcional. Um estudo de confiabilidade teste - reteste foi aplicado, sendo avaliado pelos coeficientes de correlação intraclassa (0,88 para

demanda; 0,87 para controle e 0,85 para apoio social) e consistência interna da escala, coeficientes Alpha de Cronbach (0,79 para demanda; 0,67 para controle e 0,85 para apoio social) (ALVES *et al*, 2004).

No presente estudo, para análise das condições estressantes dentro do ambiente de trabalho foram atribuídos escores para cada uma das três dimensões do JSS (demanda, controle e apoio social). Os escores foram obtidos através da soma dos pontos das perguntas (itens) para cada dimensão de trabalho, ou seja, as perguntas possuíam respostas com valores que variavam de 1 a 4 pontos em uma escala do tipo Likert. Esta pontuação obedeceu a direção da menor para maior frequência, como por exemplo para as dimensões demanda e controle as respostas variavam de nunca (1 ponto) a frequentemente (4 pontos); a dimensão apoio social possuía respostas que também alteravam-se entre discordo totalmente (1 ponto) a concordo totalmente (4 pontos).

Vale ressaltar que nas dimensões demanda e controle existia uma pergunta que possuía sentido inverso na pontuação, ou seja, ao invés do valor da pontuação aumentar nas respostas de menor a maior frequência, o valor diminuía. Respostas como “nunca” passaram a ter 4 pontos e respostas como “frequentemente”, 1 ponto. Isso ocorreu apenas em uma pergunta da dimensão demanda: “Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?” (Apêndice A, pergunta de nº 25). E uma pergunta da dimensão controle: “No seu trabalho você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?” (Apêndice A, pergunta de nº 30).

A dimensão demanda foi composta por 5 perguntas (itens), sendo 4 perguntas de abordagem quantitativa relacionadas à intensidade e ao tempo de trabalho e 1 pergunta de abordagem principalmente qualitativa relacionada às exigências contraditórias no trabalho (Apêndice A, perguntas de nº 22 a 26). O valor do escore da dimensão demanda variou entre 5 a 20, conforme a soma da pontuação das respostas dos 5 itens. Escores maiores refletiam maiores demandas psicológicas referidas.

A dimensão controle era dividida em duas sub-dimensões: “discernimento intelectual” (com 4 itens e, portanto os escores variavam de 4 a 16) e “autoridade sobre decisões” (com 2 itens e escores que variavam de 2 a 8) (Apêndice A, perguntas de nº 27 a 32). Para este estudo, foram somados os escores das duas sub-dimensões, obtendo um valor total que variou entre 6 e 24, pois correspondiam as somas dos pontos obtidos com as respostas dos 6 itens da dimensão controle. Quanto maior o valor do escore, maior controle e autonomia o profissional tinha para exercer suas funções.

Já a dimensão apoio social também possuiu escores que variaram entre 6 e 24, refletindo a soma da pontuação das respostas dos 6 itens (Apêndice A, perguntas de nº 33 a 38). Maiores valores de escores se traduziam em maior apoio social no ambiente de trabalho. Esta dimensão do trabalho atuou como um modificador de efeito, ou seja, o efeito da maior exposição às condições estressantes de trabalho sobre o desfecho (proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença) poderia variar conforme o nível da dimensão apoio social. Quanto menor o apoio social, maior o desgaste em trabalhos de alta exigência e maior chance dos profissionais adoecerem (SCHMIDT *et al*, 2009; ALVES, 2004; KARASEK *et al*, 1998).

O ponto de corte para as dimensões demanda, controle e apoio social foi obtido através da avaliação da média e mediana encontradas separadamente para cada dimensão. Por exemplo, para a dimensão demanda a média dos escores encontrada foi 14,17 e a mediana 14, considerando que os valores da média e mediana eram similares, adotou-se como ponto de corte o valor da mediana igual a 14. Assim, escores entre 5 e 14 inclusive foram classificados como “baixa demanda”, e escores maiores que 14, “alta demanda”.

Para a dimensão controle, a média dos escores encontrada foi 17,32 e a mediana 17, considerando também que os valores da média e mediana eram similares, adotou-se como ponto de corte o valor da mediana igual a 17. Assim, escores entre 6 e 17 inclusive foram classificados como “baixo controle”, e escores maiores que 17, “alto controle”.

Já para a dimensão apoio social a média dos escores encontrada foi 19,60 e a mediana 20, considerando também que os valores da média e mediana eram similares, adotou-se como ponto de corte o valor da mediana igual a 20. Assim, escores entre 6 e 20 inclusive foram classificados como “baixo apoio social”, e escores maiores que 20, “alto apoio social”.

Conforme o modelo Demanda-Controlle de Karasek, trabalhos que possuíam grande exigência (alta demanda e baixo controle) eram aqueles que geravam maior desgaste e por isso era a situação de maior exposição às condições estressantes de trabalho; trabalhos ativos (alta demanda e alto controle) e trabalhos passivos (baixa demanda e baixo controle) eram aqueles considerados como menos prejudiciais, apesar de poder levar à apatia profissional, sendo portanto uma situação de exposição intermediária às condições estressantes de trabalho; e por fim, trabalhos com baixa exigência (baixa demanda e alto controle) eram considerados como ideais, com pouco desgaste, e por isso era a situação de não exposição às condições estressantes de trabalho (Figura 2) (ALVES, 2004; SCHMIDT *et al*, 2009; ALVES *et al.*, 2004).

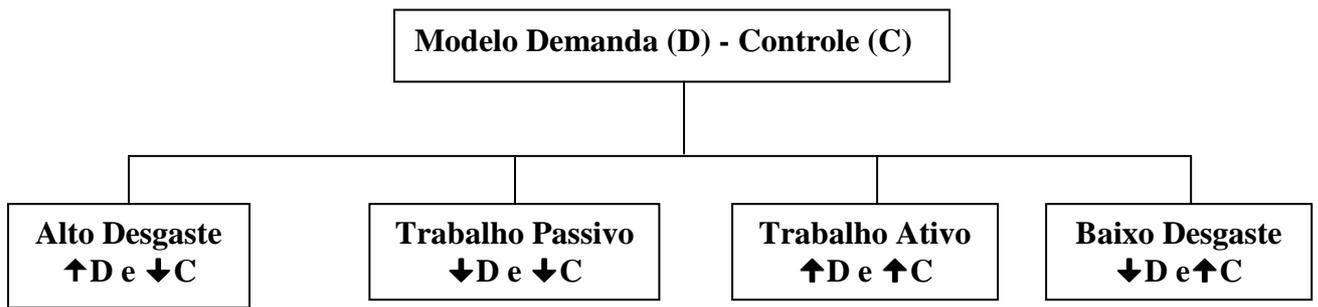


Figura 2 Representação esquemática do modelo Demanda - Controle de Karasek. Recife, 2009

Para a análise descritiva cada dimensão do trabalho que compõem a versão resumida do questionário *Job Stress Scale* - JSS (demanda, controle e apoio social) foi analisada separadamente por meio do uso de medidas estatísticas, levando em consideração os escores e pontos de corte. Também foi realizada uma descrição separadamente para cada uma das variáveis integrantes das três dimensões.

As demais variáveis potencialmente associadas às condições estressantes de trabalho, mas que não fizeram parte do questionário JSS (tais como: quantidade de vínculos empregatícios e capacidade para o trabalho nos outros empregos, turno e carga horária de trabalho, setor de trabalho, rotatividade de setor e tempo de profissão) foram também coletadas e analisadas separadamente de forma descritiva.

Ainda, na análise descritiva e de associação entre exposição principal e desfecho, os escores e pontos de corte atribuídos para as dimensões demanda e controle possibilitaram enquadrar a exposição às condições estressantes de trabalho em quatro categorias: trabalho de alto desgaste (alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e trabalho de baixo desgaste (baixa demanda e alto controle).

A presença das condições estressantes estava relacionada a uma maior exposição ao estresse (trabalho de alto desgaste) ou intermediária exposição ao estresse ocupacional (trabalho ativo ou passivo). Já a ausência das condições estressantes estava relacionada com a ausência de exposição ao estresse ocupacional (trabalho de baixo desgaste).

4.6.1 Variáveis que compõem a exposição principal

A exposição principal foi composta pelas quatro categorias ou quadrantes propostos no modelo elaborado por Karasek: trabalho de alto desgaste, trabalho ativo, trabalho passivo e trabalho de baixo desgaste. Estas categorias foram formadas, conforme demonstrado acima, a partir da relação das duas dimensões do trabalho: demanda e controle (Figura 2).

4.6.1.1 Demanda

Para a análise estatística da dimensão **demanda**, as 5 variáveis integrantes foram assim apresentadas:

Variáveis “Rapidez na execução das tarefas”, “Trabalho intenso” e “Exigência no trabalho”: foram obtidas através dos valores que variavam de 1 a 4 pontos (conforme a direção da menor para maior frequência) segundo a escala do tipo Likert: (1) nunca ou quase nunca, (2) raramente, (3) às vezes e (4) frequentemente. Nas análises univariada e bivariada as duas primeiras categorias foram combinadas a fim de aumentar as frequências esperadas nas caselas, ficando assim as variáveis com 3 categorias ao total.

Variável “Tempo para cumprir as tarefas”: foi obtida através dos valores que variavam de 1 a 4 pontos (conforme a direção da maior para menor frequência) segundo a escala do tipo Likert: (1) frequentemente, (2) às vezes, (3) raramente e (4) nunca ou quase nunca. Para as análises univariada e bivariada as duas últimas categorias “raramente” e “nunca ou quase nunca” foram agrupadas para aumentar as frequências esperadas nas caselas, ficando assim a variável com 3 categorias ao total.

Variável “Exigências contraditórias”: foi obtida através dos valores que variavam de 1 a 4 pontos (conforme a direção da menor para maior frequência) segundo a escala do tipo Likert: (1) nunca ou quase nunca, (2) raramente, (3) às vezes e (4) frequentemente. Para as análises univariada e bivariada, a variável foi considerada na sua forma original com 4 categorias.

As somas dos escores das 5 variáveis acima citadas formaram a variável “demanda”, que teve como ponto de corte o valor da mediana igual a 14. Na análise univariada, a variável demanda foi apresentada na sua forma original a partir da soma dos escores (quantitativa

discreta) e na forma categorizada conforme o ponto de corte: alta e baixa demanda. Já para a análise bivariada, a variável foi apresentada apenas na sua forma categorizada: alta e baixa demanda.

4.6.1.2 Controle

As 6 variáveis integrantes da dimensão **controle** foram apresentadas para a análise estatística da seguinte forma:

Variáveis “Aprendizagem no trabalho”, “Exigência de habilidade no trabalho” e “Exigência de iniciativa”: foram obtidas através dos valores que variavam de 1 a 4 pontos (conforme a direção da menor para maior frequência) segundo a escala do tipo Likert: (1) nunca ou quase nunca, (2) raramente, (3) às vezes e (4) frequentemente. Para as análises univariada e bivariada as duas primeiras categorias “nunca ou quase nunca” e “raramente” foram combinadas para aumentar as frequências esperadas nas caselas, ficando assim as variáveis com 3 categorias ao total.

Variável “Tarefas repetitivas”: foi obtida através dos valores que variavam de 1 a 4 pontos (conforme a direção da maior para menor frequência) segundo a escala do tipo Likert: (1) frequentemente, (2) às vezes, (3) raramente e (4) nunca ou quase nunca. Para as análises univariada e bivariada as duas últimas categorias “raramente” e “nunca ou quase nunca” foram agrupadas para aumentar as frequências esperadas nas caselas, ficando assim a variável com 3 categorias ao total.

Variáveis “Escolher como fazer o trabalho” e “Escolher o que fazer no trabalho”: foram obtidas através dos valores que variavam de 1 a 4 pontos (conforme a direção da menor para maior frequência) segundo a escala do tipo Likert: (1) nunca ou quase nunca, (2) raramente, (3) às vezes e (4) frequentemente. Para as análises univariada e bivariada, as variáveis foram apresentadas na sua forma original com 4 categorias.

As somas dos escores das 6 variáveis acima citadas formaram a variável “controle”, que teve como ponto de corte o valor da mediana igual a 17. Para a análise univariada, a variável controle foi apresentada na sua forma original a partir da soma dos escores (quantitativa discreta) e na forma categorizada conforme o ponto de corte: alto e baixo controle. Já para a análise bivariada, a variável foi apresentada apenas na sua forma categorizada: alto e baixo controle.

4.6.2 Outras variáveis relacionadas às condições estressantes de trabalho

As 6 variáveis integrantes da dimensão **apoio social** foram apresentadas para a análise estatística da seguinte forma:

Variável “Ambiente calmo”: foi obtida através dos valores que variavam de 1 a 4 pontos (conforme a direção da menor para maior aceitação) segundo a escala do tipo Likert: (1) discordo totalmente, (2) discordo mais que concordo, (3) concordo mais que discordo e (4) concordo totalmente. Para as análises univariada e bivariada a variável foi apresentada na sua forma original com 4 categorias.

Variáveis “Bom relacionamento com os outros”, “Apoio dos colegas”, “Bom relacionamento com o chefe” e “Gosta de trabalhar com os colegas”: foram obtidas através dos valores que variavam de 1 a 4 pontos (conforme a direção da menor para maior aceitação) segundo a escala do tipo Likert: (1) discordo totalmente, (2) discordo mais que concordo, (3) concordo mais que discordo e (4) concordo totalmente. Para as análises univariada e bivariada as duas primeiras categorias foram combinadas “discordo totalmente” e “discordo mais que concordo” a fim de aumentar as frequências esperadas nas caselas, ficando assim as variáveis com 3 categorias ao total.

Variável “Compreensão dos colegas”: foi obtida através dos valores que variavam de 1 a 4 pontos (conforme a direção da menor para maior aceitação) segundo a escala do tipo Likert: (1) discordo totalmente, (2) discordo mais que concordo, (3) concordo mais que discordo e (4) concordo totalmente. Para a análise univariada a variável foi apresentada na sua forma original com 4 categorias. Já para a análise bivariada as duas primeiras categorias foram combinadas “discordo totalmente” e “discordo mais que concordo” a fim de aumentar as frequências esperadas nas caselas, ficando assim as variáveis com 3 categorias ao total.

As somas dos escores das 6 variáveis acima citadas formaram a variável “apoio social”, que teve como ponto de corte o valor da mediana igual a 20. Para a análise univariada, a variável apoio social foi apresentada na sua forma original a partir da soma dos escores (quantitativa discreta) e na forma categorizada conforme o ponto de corte: alto e baixo apoio social. Já para a análise bivariada e de associação entre exposição e desfecho ajustada por outras variáveis, a variável foi apresentada apenas na sua forma categorizada: alto e baixo apoio social.

Demais variáveis:

“Tempo de trabalho na enfermagem”: para a análise univariada a variável foi apresentada na sua forma original com 3 categorias: menos de 2 anos, de 2 a 5 anos, mais de 5 anos. Já para a análise bivariada as categorias foram combinadas de maneira que melhor predissesse o desfecho (ocorrência do evento), ficando assim a variável com 2 categorias ao total: até 5 anos e acima de 5 anos.

“Outros vínculos de emprego”: para a análise univariada a variável foi apresentada na sua forma original com 3 categorias: nenhum, até 2 vínculos, acima de 2 vínculos. Já para as análises bivariada e de associação entre exposição e desfecho ajustada por outras variáveis, as categorias foram agrupadas a fim de aumentar as frequências esperadas nas caselas, ficando assim a variável com 2 categorias ao total: com ou sem vínculo de trabalho.

“Capacidade para o trabalho nos outros vínculos”: originalmente com 5 categorias foi agrupada para 3 categorias (muito baixa, baixa ou moderada; boa; muito boa) para as análises univariada e bivariada. Esta combinação entre categorias próximas possibilitou aumentar as frequências esperadas dentro das caselas.

“Carga horária”: para as análises univariada e bivariada a variável foi apresentada na sua forma original com 3 categorias: menos de 25 horas, de 25 a 44 horas, mais de 44 horas. Esta categorização abrangeu o tempo de trabalho dos profissionais de enfermagem nas escalas 12 x 36 horas, 12 x 60 horas, plantões de 24 horas semanais, diaristas, entre outros.

“Turno”: para as análises univariada e bivariada a variável foi apresentada na sua forma original com 3 categorias: diurno; noturno; diurno e noturno.

“Setor”: para as análises univariada e bivariada a variável foi apresentada na sua forma original com 5 categorias conforme as instalações físicas do hospital: unidade especializada, UTI, centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório e SPA, serviço de apoio hospitalar.

“Mudança de setor”: para as análises univariada e bivariada a variável foi apresentada na sua forma original com 2 categorias: sim, não.

4.7 Outras variáveis relacionadas

Outras variáveis foram coletadas (variáveis sócio-demográficas tais como sexo, idade, estado civil, quantidade de filhos, escolaridade, função), entre as quais variáveis potencialmente confundidoras que poderiam distorcer a medida de associação entre a exposição principal e o desfecho estudado.

“*Sexo*”: para as análises univariada e bivariada a variável foi apresentada na sua forma original com 2 categorias: feminino, masculino.

“*Idade*”: por não apresentar relação linear na sua forma original, a variável idade se constituiu em simples artefato numérico, preferindo então categorizá-la de forma que melhor predissesse o desfecho. Para a análise univariada, a variável foi apresentada na sua forma original (quantitativa) e também na forma categorizada: de 23 a 37 anos, de 38 a 52 anos, 53 a 68 anos. Já para a análise bivariada, a variável foi apresentada apenas na sua forma categorizada.

“*Estado civil*”: originalmente com 5 categorias foi agrupada para 3 categorias para as análises univariada, bivariada: solteiro, casado, outros. Esta combinação entre categorias possibilitou aumentar as frequências esperadas dentro das caselas.

“*Filhos*”: para a análise univariada, a variável foi apresentada na sua forma original (quantitativa) e também na forma categorizada: nenhum, 1 filho, 2 filhos, de 3 a 7 filhos. Já para as análises bivariada e de associação entre exposição e desfecho ajustada por outras variáveis, a variável foi apresentada na sua forma categorizada.

“*Nível de escolaridade*”: para a análise univariada, a variável foi apresentada na sua forma original com 5 categorias: auxiliar ou técnico, superior incompleto, superior completo, especialização, mestrado e/ou doutorado. Já para a análise bivariada as duas últimas categorias “especialização” e “mestrado e/ou doutorado” foram combinadas a fim de aumentar as frequências esperadas nas caselas, ficando assim a variável com 4 categorias ao total.

“*Função*”: originalmente com 8 categorias foi agrupada para 3 categorias (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e atendente de enfermagem) para as análises univariada, bivariada e de associação entre exposição e desfecho ajustada por outras variáveis. Esta combinação entre categorias próximas possibilitou aumentar as frequências esperadas dentro das caselas.

4.8 Análise dos dados

A análise foi desenvolvida em 3 etapas:

1) Primeiramente foi feita uma análise exploratória (univariada) dos dados e descrição das características sócio-demográficas da amostra, proporção de indivíduos com um ou mais

episódios de absenteísmo por doença e condições estressantes dentro do ambiente de trabalho. A medida de frequência principal foi a prevalência. As variáveis quantitativas discretas foram apresentadas a partir de medidas de tendência central da amostra (média e respectivo desvio padrão, moda) e de medidas de dispersão da amostra (quartil e valores mínimo e máximo). Já as variáveis categóricas foram apresentadas segundo as frequências absoluta e relativa. A população incluída e a excluída da análise foram comparadas, observando-se diretamente as diferenças entre as variáveis e o valor de “p” dos testes estatísticos (Qui Quadrado, t de Student e Kruskal-Wallis). Os dados foram organizados e apresentados em tabelas e gráficos.

2) Em seguida, foi realizada uma análise bivariada estimando-se a associação entre as variáveis de exposição (condições estressantes de trabalho) e variáveis potencialmente confundidoras com o desfecho (proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença). Frequências absolutas e relativas, bem como medidas de associação do tipo razão tais como Razão de Prevalência (RP) e Razão de Chances (*Odds Ratio* -OR) e seus respectivos intervalos de confiança foram apresentados em cada estrato.

3) Posteriormente foi feita uma análise de associação entre exposição principal e desfecho ajustado por 4 variáveis separadamente (análise estratificada) e por todas juntas. Para a seleção das variáveis potencialmente confundidoras levou-se em consideração o conceito de confundimento e os resultados da análise bivariada. Segundo o conceito de confundimento as variáveis potencialmente confundidoras deveriam apresentar: 1- associação com a exposição principal, 2- associação com o desfecho, ou seja, “[...] preditoras da ocorrência da doença entre os não expostos”, 3- nenhuma participação com a cadeia causal que une a exposição ao desfecho (MEDRONHO, 2002, p. 168). Conforme os resultados da análise bivariada, foram selecionadas para a estratificação as variáveis que apresentaram p-valor menor que 0,25 para a associação estatística com o desfecho principal: “outros vínculos de emprego”, “apoio social”, “função” e “filhos”.

Na análise estratificada, as estimativas do RP bruto e o RP ajustado de Mantel-Haenszel por cada variável potencialmente confundidora foram comparados quanto à diferença nos seus valores, usando-se a fórmula: $(RP \text{ bruto} - RP \text{ ajustado})/RP \text{ ajustado} \times 100$. Valores semelhantes de RP poderiam sugerir pequeno ou nenhum confundimento. Diferenças maiores entre os RP (bruto e ajustado) poderiam sugerir presença de confundimento.

Tanto na análise bivariada quanto na análise de associação, os OR e RP das três dimensões do trabalho (demanda, controle e apoio social) com seus respectivos intervalos de confiança foram apresentados considerando as seguintes categorias de referência:

- 1- Para as variáveis da dimensão demanda considerou-se a categoria de menor escore (pontuação);
- 2- Para as variáveis da dimensão controle considerou-se a categoria de maior escore (pontuação);
- 3- Para as variáveis da dimensão apoio social considerou-se a categoria de maior escore (pontuação);
- 4- Para a variável de exposição principal considerou-se a categoria de “baixo desgaste” (menor demanda e maior controle).

A confiabilidade do instrumento JSS no que diz respeito à consistência interna, ou seja, coerência das respostas uma com as outras, foi avaliada pelo coeficiente *Alpha de Cronbach*. Para realizar o cálculo do coeficiente *Alpha de Cronbach*, utilizou-se a variância dos itens separadamente para as dimensões demanda, controle e apoio social, cuja fórmula é mostrada a seguir (MOREIRA; SILVEIRA, 1993, p. 91):

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} [1 - \sum Vi/Vt]$$

Onde:

α = *Alpha de Cronbach*;

K = número de itens para cada dimensão do trabalho;

V_i = variância de cada item que compõem a dimensão do trabalho;

V_t = variância total para cada dimensão do trabalho.

Para esta pesquisa adotou-se o valor de 0,70 como indicativo de boa consistência interna (MORALES; ZÁRATE, 2004).

4.9 Procedimentos éticos

Obedecendo as normatizações da resolução 196/ 96, do Conselho Nacional de Saúde, referente aos aspectos éticos para a pesquisa com seres humanos, o presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Anexo A), com prévia anuência do diretor superintendente do hospital e coordenação de enfermagem, sendo aprovado com CAAE - 0246.0.000.172-10.

Antes da aplicação do questionário, os profissionais de enfermagem pertencentes à amostra tiveram ciência e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

5 RESULTADOS

População fonte pode ser definida como um “conjunto de elementos elegíveis para fazer parte da amostra”, a amostra ou população de estudo “seria o subgrupo de elementos da população fonte sobre os quais se fazem as observações e se coletam os dados” (MEDRONHO, 2002, p. 284). Para este estudo, a população fonte foi composta pelos membros concursados da equipe de enfermagem do Hospital das Clínicas que trabalharam no ano de 2009 (568 indivíduos). A população de estudo foi formada originalmente por uma amostra dos membros da equipe de enfermagem considerados elegíveis (360). Destes 360 profissionais de enfermagem, apenas 306 (85,0%) tiveram informações coletadas pela aplicação do questionário. Os 54 profissionais restantes (15,0%) não tiveram dados coletados pelos questionários pelas seguintes razões: 6 estavam em licença para tratamento de saúde, 3 estavam em licença maternidade, 3 estavam em período de férias durante a coleta de dados, 6 se recusaram a responder o questionário, 1 foi transferido do hospital, 8 estavam aposentados, 5 foram demitidos e 23 não foram encontrados após 3 tentativas consecutivas com intervalos de tempos variados. Entre as razões que dificultaram a localização dos indivíduos selecionados para o estudo, destaca-se a deficiência de informações sobre o motivo da falta do profissional ao trabalho e o número excessivo de troca de plantões com outros funcionários de turnos diferentes. A priori estes indivíduos são considerados elegíveis para o estudo, podendo ter sido coletado os dados através de visitas domiciliares, porém por questões operacionais decidiu-se excluí-los da amostra.

Dos 306 respondentes (amostra final), 33 profissionais deixaram de responder algumas das perguntas usadas na análise. Logo a amostra analisada, ou seja, os indivíduos que não tinham dados perdidos em nenhuma variável do estudo foi composta por 273 indivíduos (306 - 33), que correspondia a aproximadamente 76,0% da amostra original de estudo (Figura 3).

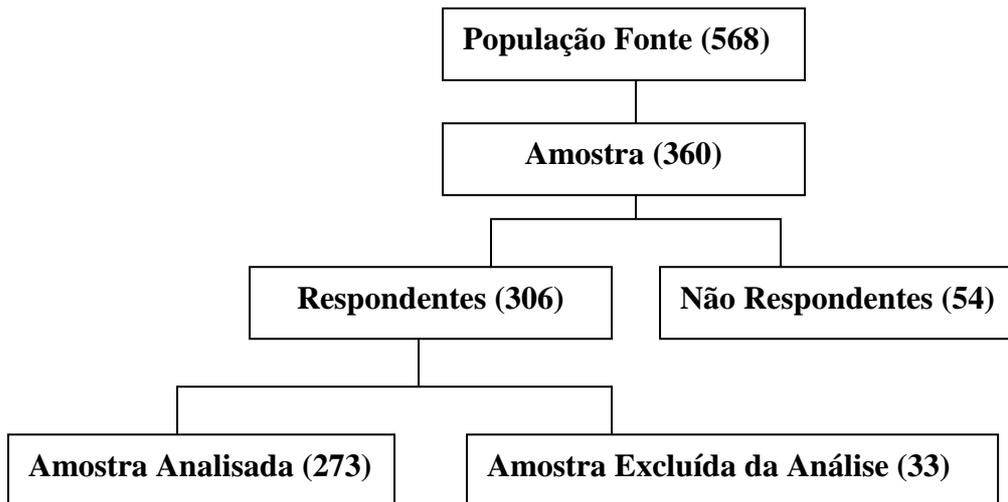


Figura 3 Formação da amostra. Recife, 2009

5.1 Análise univariada e comparação entre as populações analisada e excluída

5.1.1 Descrição das características sócio-demográficas

As principais características da amostra do estudo foram descritas na tabela 4.

A amostra analisada dos profissionais de enfermagem que trabalhavam no Hospital das Clínicas no ano de 2009 era predominantemente do sexo feminino (87,9%), tinha em média 43,6 anos (desvio padrão de 8,9), com idade que variou de 23 a 68 anos. Sendo a faixa etária dos 38 a 52 anos a que mais concentrou profissionais de enfermagem (54,6%) (Tabela 4).

Mais de 48,0% (n= 133) da amostra analisada era casada e tinha em média aproximadamente 1 filho (desvio padrão de 1,2) e mediana de 2 filhos. Setenta e cinco (75) profissionais (27,5%) não tinham filhos e apenas 1 indivíduo teve 7 filhos (Tabela 4). Considerando as categorias profissionais, 26,7% eram enfermeiros, 69,6% eram técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e 3,7% atendentes de enfermagem. Em relação ao nível de escolaridade, 30,8% dos profissionais tinham especialização e 34,8% tinham o ensino médio auxiliar e/ou técnico de enfermagem. No que se refere à categoria de enfermeiros, 11% (n=8) tinham apenas nível superior, 16,4% (n=12) tinham especialização e 72,6% (n=53) tinham mestrado e/ou doutorado. Entre as categorias de atendentes, técnicos e auxiliares de enfermagem, 19,0% (n=38) tinham nível superior completo (Figura 4).

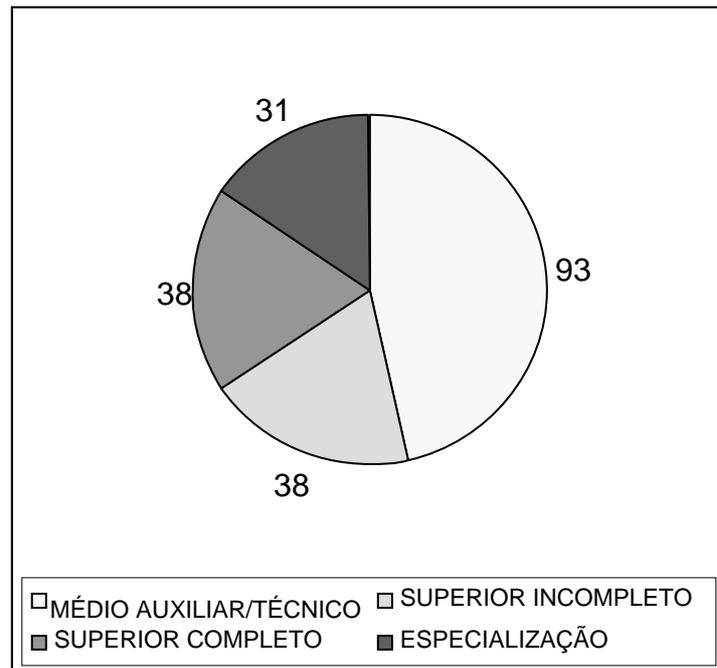


Figura 4 Distribuição do nível de escolaridade apenas entre as categorias de atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem do HC. Recife, 2009

5.1.1.1 Comparação entre as populações analisada e excluída para as variáveis sócio-demográficas

As populações analisada e excluída da análise foram comparadas quanto à distribuição das variáveis “sexo”, “estado civil”, “nível de escolaridade” e as variáveis categorizadas “idade” e “filhos”. Nesta comparação foram utilizados o teste qui quadrado para os dados categóricos e os testes não-paramétrico de Kruskal-Wallis e o “teste t” para dados discretos. O teste qui quadrado com correção de Yates foi usado quando havia uma casela com frequência esperada menor que 5 (Tabela 4). Esta correção fez parte de uma análise mais conservadora, que contribuiu para a maior significância do teste, já que a presença de frequências pequenas nas caselas poderiam gerar resultados imprecisos quanto à distribuição teórica do qui quadrado (MEDRONHO, 2002).

No “teste t” se comparou a diferença da média da idade e do número de filhos entre as populações analisada e excluída. Esta comparação entre as médias (teste t) foi possível após a constatação da semelhança entre as variâncias (homogeneidade) de ambas as populações. Para isto utilizou-se o teste de Bartlett para homogeneidade da variância, tendo como resultado: $p = 0,350$ para a variável “filhos” e $p = 0,656$ para a variável “idade”.

A tabela 4 mostra a comparação das duas populações. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes ($p > 0,05$) entre a população analisada e a população excluída da análise em relação a nenhuma das variáveis estudadas.

Tabela 4 Distribuição das variáveis sócio-demográficas entre a população analisada e a população excluída da análise. Recife, 2009

Descrição	População Fonte N(%) = 568			Comparação entre a Pop Analisada e a Pop Excluída
	Amostra		Excluída N = 33	
	Total N = 306	Analisada N = 273		
Sexo				
1 (fem)	272(88,9)	240(87,9)	32(97,0)	$p^3 = 0,204$
2 (mas)	34(11,1)	33(12,1)	1(3,0)	
DP ¹	0	0	0	
Idade em anos				
Média (Desvio Padrão)	43,79(8,93)	43,56(8,87)	45,87(9,42)	$p^5 = 0,180$
Percentis: 25/ 50/ 75	36/ 44/ 51	36/ 44/ 50	38/ 48/ 52	$p^6 = 0,202$
Máx/Min	68/ 23	68/ 23	66/ 29	
Moda	50	50	51	
Variável categorizada				
1 (23-37)	84(27,7)	77(28,2)	7(23,3)	$p^4 = 0,827$
2 (38-52)	167(55,1)	149(54,6)	18(60,0)	
3 (53-68)	52(17,2)	47(17,2)	5(16,7)	
DP ¹	3	0	3	
Estado civil				
Variável agrupada				
1 (solteiro)	87(28,4)	77(28,2)	10(30,3)	$p^4 = 0,817$
2 (casado)	150(49,0)	133(48,7)	17(51,5)	
3 (outros)	69(22,5)	63(23,1)	6(18,2)	
DP ¹	0	0	0	
Número de filhos				
0	81(27,4)	75(27,5)	6(26,1)	p^2
1	63(21,3)	60(22,0)	3(13,0)	
2	110(37,2)	99(36,3)	11(47,8)	
3	30(10,1)	27(9,9)	3(13,0)	
4	7(2,4)	7(2,6)	0	
5	3(1,0)	3(1,1)	0	
6	1(0,3)	1(0,4)	0	
7	1(0,3)	1(0,4)	0	
DP ¹	10	0	10	
Média (Desvio Padrão)				
Média (Desvio Padrão)	1,45(1,19)	1,45(1,21)	1,48(1,04)	$p^5 = 0,904$
Percentis: 25/ 50/ 75	0/ 2/ 2	0/ 2/ 2	0/ 2/ 2	$p^6 = 0,648$
Moda	2	2	2	
Variável categorizada				
1 (0)	81(27,3)	75(27,5)	6(26,1)	$p^4 = 0,660$
2 (1)	63(21,3)	60(22,0)	3(13,0)	
3 (2)	110(37,2)	99(36,3)	11(47,8)	
4 (3-7)	42(14,2)	39(14,3)	3(13,0)	
DP ¹	10	0	10	

Continuação da tabela 4

Distribuição das variáveis sócio-demográficas entre a população analisada e a população excluída da análise. Recife, 2009

Nível de escolaridade				
1 (auxiliar/técnico)	110(35,9)	95(34,8)	15(45,5)	p ⁴ = 0,790
2 (superior incompleto)	42(13,7)	39(14,3)	3(9,1)	
3 (superior completo)	52(17,0)	47(17,2)	5(15,2)	
4 (especialização)	93(30,4)	84(30,8)	9(27,3)	
5 (mestrado/ doutorado)	9(2,9)	8(2,9)	1(3,0)	
DP ¹	0	0	0	
Função que exerce no HC				
Variável agrupada				
1(enfermeiro)	80(26,1)	73(26,7)	7(21,2)	p ⁴ = 0,765
2(técnico/ auxiliar)	215(70,3)	190(69,6)	25(75,8)	
3(atendente)	11(3,6)	10(3,7)	1(3,0)	
DP ¹	0	0	0	

Nota: ¹ DP = dados perdidos.² p = p-valor para o teste qui quadrado não se aplica. Já o teste de Fisher se aplica para tabelas 2x2.³ p= p-valor para o teste qui quadrado com correção de Yates.⁴ p= p-valor do teste qui quadrado.⁵ p= p-valor para o teste t.⁶ p= p-valor para o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis**5.1.2 Absenteísmo por doença e variáveis relacionadas**

Aproximadamente 60,0% (n = 164) dos profissionais de enfermagem que fizeram parte do estudo faltaram pelo menos uma vez ao trabalho por motivo de doença durante o ano de 2009. Destes 164 profissionais, 56,4% apresentaram de 1 a 5 episódios de afastamento ao trabalho por doença e 1,5% (n = 4) apresentaram mais de 10 episódios (Tabela 5).

Ao total foram 376 episódios de afastamentos do trabalho por doença entre os profissionais de enfermagem do estudo. Destes 376 episódios, 25,5% ocorreram no 1º trimestre (janeiro, fevereiro e março), 35,6% ocorreram no 2º trimestre (abril, maio, junho), 22,6% ocorreram no 3º trimestre (julho, agosto, setembro) e 16,2% no 4º trimestre (outubro, novembro, dezembro) (Figura 5).

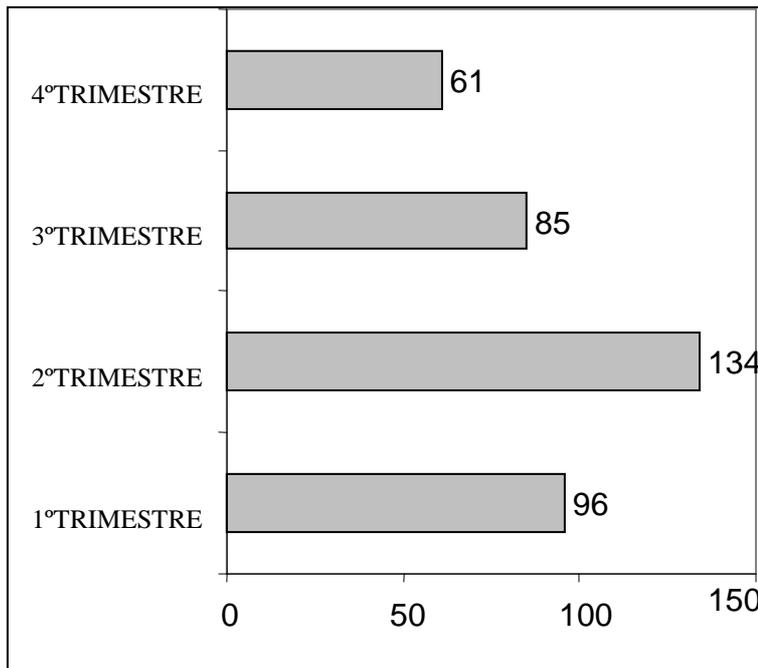


Figura 5 Número de episódios de absenteísmo por doença de acordo com o trimestre de afastamento do trabalho para todos os profissionais de enfermagem analisados. Recife, 2009

Dos 164 indivíduos que apresentaram um ou mais episódios de absenteísmo por doença, a média e a mediana dos dias afastados em um único episódio foram 23 e 10 respectivamente, com variação de 1 a 301 dias (Tabela 5).

Considerando o maior período de dias afastados por indivíduo em um único episódio de absenteísmo por doença, o número total de dias perdidos de trabalho para toda a amostra analisada foi de 4.062 dias, destes 1.192 dias foram entre os enfermeiros, 2.798 dias foram entre os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 72 dias entre os atendentes de enfermagem.

Ao total foram observados 296 registros de doenças não excludentes nos 376 episódios de absenteísmo, ou seja, em algumas ocasiões, um único episódio de afastamento conteve mais de um tipo de enfermidade. Neste sentido foi observado que entre os 296 registros de doenças, 7 foram referentes a enfermidades que se uniram a outras para formarem um mesmo episódio de afastamento do trabalho. Ficando, portanto 289 registros de doença para cada episódio de absenteísmo ($296 - 7 = 289$). Os 87 episódios restantes ($376 - 289 = 87$) não tiveram informações coletadas sobre as doenças como causa dos afastamentos.

Em determinadas situações, as mesmas doenças se repetiram em episódios diferentes de absenteísmo. Sendo assim, o número de registros observados não correspondeu a 296 tipos diferentes de doenças, mas sim a frequência com que as doenças apareceram como causa dos afastamentos ao trabalho.

As doenças que apresentaram maior frequência como causa de absenteísmo em 2009 foram: as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (25,3%, 75/296); as doenças dos olhos e anexos, ouvido e apófise mastóide (13,2%, 39/296); as doenças infecciosas e parasitárias (12,8%, 38/296) e as doenças do sistema respiratório (10,8%, 32/296) (Tabela 5).

Tabela 5 Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas à ocorrência de absenteísmo por doença e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009

Descrição	População Fonte N(%) = 568			Comparação entre a Pop Analisada e a Pop Excluída
	Amostra		Excluída N = 33	
	Total N = 306	Analisada N = 273		
DESFECHO - proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença				
Nº de episódios				
1 (nenhum)	122(39,9)	109(39,9)	13(39,4)	p ²
2(1 a 5 vezes)	172(56,2)	154(56,4)	18(54,5)	
3 (6 a 10 vezes)	7(2,3)	6(2,2)	1(3,0)	
4 (> 10 vezes)	5(1,6)	4(1,5)	1(3,0)	
DP ¹	0	0	0	
Absentéismo, presença ou ausência				
1 (presença de um ou mais episódios)	184(60,1)	164(60,1)	20(60,6)	p ³ = 0,953
2 (nenhum episódio)	122(39,9)	109(39,9)	13(39,4)	
DP ¹	0	0	0	
Maior período de dias afastados em um único episódio de absenteísmo por doença				
Média (Desvio Padrão)	22,31(41,86)	22,81(43,70)	17,83(18,07)	p ⁴ = 0,665
Percentis: 25/ 50/ 75	4/ 10/ 20	4/ 10/ 20	5/ 15/ 30	
Máx/Min	301/ 1	301/ 1	60/ 1	
Moda	15	15	15	
Variável categorizada				
1 (1 - 3 dias)	43(14,1)	39(14,3)	4(12,9)	p ²
2 (4 - 15 dias)	89(29,3)	81(29,7)	8(25,8)	
3 (16 - 30 dias)	26(8,6)	22(8,1)	4(12,9)	
4 (31 - 120 dias)	18(5,9)	16(5,9)	2(6,5)	
5 (121 - 301 dias)	6(2,0)	6(2,2)	0	
não teve abs por doença	122(40,1)	109(39,9)	13(41,9)	
DP ¹	2	0	2	
Doenças referidas como causa de afastamento - nº de vezes				
1(infecciosas e parasitárias)	43(13,0)	38(12,8)	5(13,5)	p ²
2(neoplasias)	3(0,9)	3(1,0)	0	
3(sist. cardiovascular, transt. imunitário)	27(8,1)	22(7,4)	5(13,5)	
4(endócrina, nutric., metab.)	3(0,9)	3(1,0)	0	
5(sistema nervoso e transtornos mentais)	28(8,4)	24(8,1)	4(10,8)	
6(olhos, anexos, ouvido...)	43(13,0)	39(13,2)	4(10,8)	
7(sistema respiratório)	34(10,2)	32(10,8)	2(5,4)	
8(sistema gastrointestinal)	16(4,8)	12(4,1)	4(10,8)	

Continuação da tabela 5

Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas à ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009

9(pele e tecido subcutâneo)	1(0,3)	0	1(2,7)
10(sistema osteomuscular/ tec conjuntivo)	81(24,4)	75(25,3)	6(16,2)
11(sistema geniturinário, gravidez...)	20(6,0)	18(6,1)	2(5,4)
12(envenenamento, causa externa)	15(4,5)	13(4,4)	2(5,4)
13(sinais, sintomas, serviço)	18(5,4)	17(5,7)	1(2,7)
DP ¹	99	87	12
Total	431	383	48

Nota: ¹ DP = dados perdidos.

² p = p-valor para o teste qui quadrado não se aplica. Já o teste de Fisher se aplica para tabelas 2x2.

³ p= p-valor do teste qui quadrado.

⁴ p= p-valor para o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

Entre os 75 registros de doenças não excludentes do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, 30,7% (n= 23) se concentraram nas dorsalgias, 16% (n= 12) nas artrites juvenis, 14,7% (n= 11) nos transtornos de discos intervertebrais e 10,7% (n= 8) nas sinovites e tenossinovites. Já entre os 32 registros de doenças não excludentes do sistema respiratório, as enfermidades com maiores frequências foram: influenza (28,1%, n= 9), sinusite (21,9%, n= 7) e asma (12,5%, n= 4) (tabela 6).

Tabela 6 Distribuição das principais doenças não excludentes como causa de absenteísmo separadamente pelo grupo de doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e pelo grupo de doenças do sistema respiratório. Recife, 2009

PRINCIPAIS DOENÇAS DA AMOSTRA ANALISADA (N = 164)			
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo ¹ (n = 75)	n(%)	Doenças do sistema respiratório ¹ (n = 32)	n(%)
Transtorno articular	7(9,3)	Influenza	9(28,1)
Lesões de ombro	1(1,3)	Sinusite	7(21,9)
Dorsalgia	23(30,7)	Pneumonia bacteriana	1(3,1)
Sinovite e tenossinovite	8(10,7)	Asma	4(12,5)
Entesopatia de membro inferior	1(1,3)	Laringite	1(3,1)
Deformidade adquirida das mãos e dos pés	2(2,7)	Amigdalite	2(6,3)
Transt. dos tecidos moles de origem ocupacional	2(2,7)	Rinite alérgica	3(9,4)
Coxartrose	1(1,3)	Transtornos respiratórios	3(9,4)
Transtorno interno do joelho	2(2,7)	Faringite	1(3,1)
Artrite reumatóide	1(1,3)	Bronquite	1(3,1)
Artrite juvenil	12(16,0)		
Transtorno de disco intervertebral	11(14,7)		
Epicondilite	2(2,7)		
Transtornos fibroblásticos	1(1,3)		
Transtornos musculares (distensão)	1(1,3)		

Nota: ¹ as enfermidades dos grupos de doenças podem se repetir no mesmo indivíduo em episódios diferentes de absenteísmo.

A tabela 7 também mostra a distribuição das enfermidades de acordo com o grupo de doenças dos olhos e anexos, ouvido e apófise mastóide. A enfermidade com maior proporção

para a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo foi conjuntivite (76,9%, 30/39). O grupo de doenças infecciosas e parasitárias também apresentou maior proporção nas infecções virais (52,6%, 20/38) e nas gastroenterites (42,1%, 16/38).

Tabela 7 Distribuição das principais doenças não excludentes como causa de absenteísmo separadamente pelo grupo de doenças dos olhos e anexos, ouvido e apófise mastóide e pelo grupo de doenças infecciosas e parasitárias. Recife, 2009

PRINCIPAIS DOENÇAS NA AMOSTRA ANALISADA (N= 164)			
Doenças dos olhos e anexos, ouvido e apófise mastóide ¹ (n=39)	n(%)	Doenças infecciosas e parasitárias ¹ (n=38)	n(%)
Catarata	1(2,6)	Infecção viral	20(52,6)
Transtorno da pálpebra	1(2,6)	Gastroenterite	16(42,1)
Conjuntivite	30(76,9)	Varicela	1(2,6)
Transtorno do aparelho lacrimal e glaucoma	4(10,3)	Herpes zoster	1(2,6)
Iridociclite	3(7,7)		

Nota: ¹ as enfermidades dos grupos de doenças podem se repetir no mesmo indivíduo em episódios diferentes de absenteísmo.

A proporção de profissionais que apresentaram pelo menos um episódio de absenteísmo por doença variou conforme a categoria profissional: 53,4% (39/73) dos enfermeiros se afastaram pelo menos uma vez do trabalho em comparação com 62,5% (125/200) dos atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem (Figura 6). Considerando o valor de $p=0,131$ (qui-quadrado= 4,06), não se pôde excluir que a diferença entre as categorias tenha ocorrido por mero acaso.

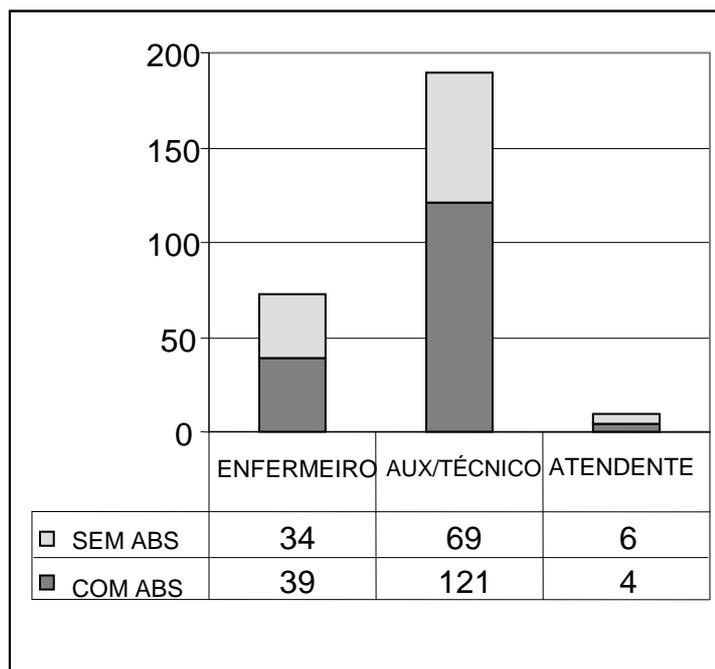


Figura 6 Número de profissionais de enfermagem com um ou mais episódios de absenteísmo por doença separadamente por categoria profissional. Recife, 2009

Entre os 39 enfermeiros que trabalharam nos diferentes setores do Hospital das Clínicas e que se ausentaram do serviço por motivo de doença, 56,4% (n=22) estavam lotados nas unidades especializadas e 12,8% (n=5) trabalhavam na UTI (Figura 7).

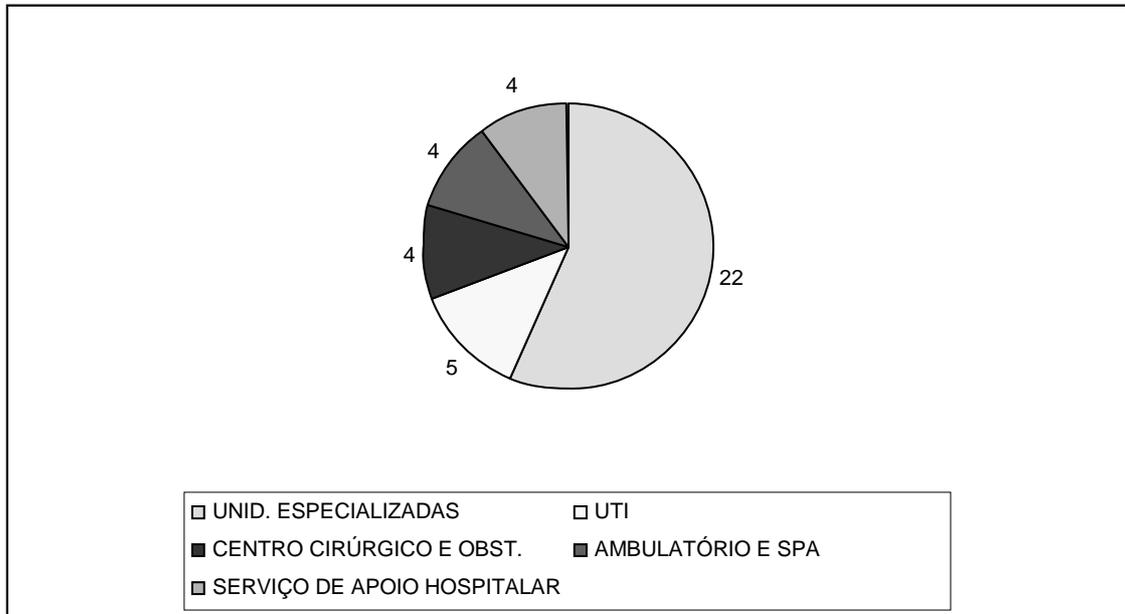


Figura 7 Número de enfermeiros com um ou mais episódios de absenteísmo por doença separadamente pelo setor de trabalho. Recife, 2009

Entre os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem que tiveram ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença, 51,2% trabalhavam nas unidades especializadas e 17,4% trabalhavam no centro cirúrgico e obstétrico (Figura 8). Já entre os atendentes de enfermagem que se afastaram do trabalho por motivo de doença (n = 4), 1 trabalhava nas unidades especializadas, 1 trabalhava no centro cirúrgico e obstétrico, 1 trabalhava no ambulatório e serviço de pronto-atendimento (SPA) e 1, no serviço de apoio hospitalar.

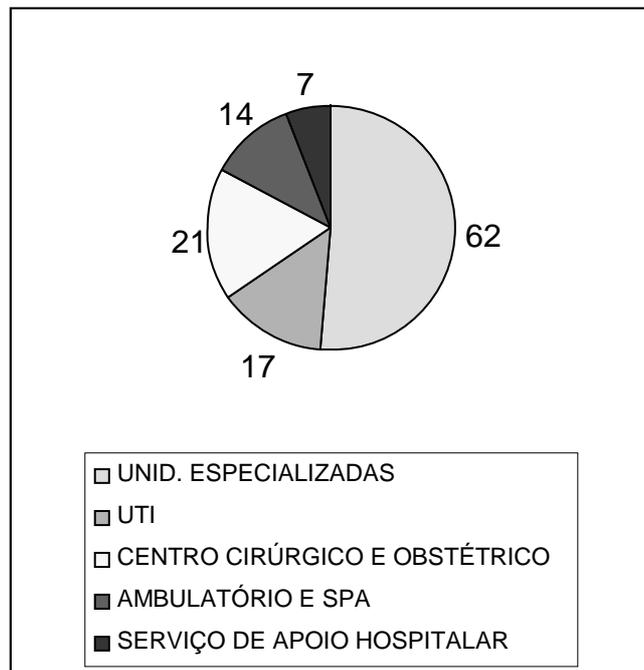


Figura 8 Número de auxiliares e/ou técnicos de enfermagem com um ou mais episódios de absenteísmo por doença separadamente pelo setor de trabalho. Recife, 2009

5.1.2.1 Comparação entre as populações analisada e excluída para as variáveis relacionadas ao absenteísmo por doença

Não foi observada nenhuma diferença estatisticamente significativa entre a população analisada e a população excluída ($p > 0,05$) para a variável desfecho na sua forma agrupada (independente do grupo de doença), bem como para as variáveis dicotômicas referentes ao trimestre de ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença, e as variáveis categóricas relacionadas a frequência de episódios de absenteísmo por doença nos 2º e 4º trimestres de 2009 (tabelas 5 e 8).

Em relação às variáveis originais quantitativas referentes a frequência de episódios de absenteísmo por doença nos 2º, 3º e 4º trimestres de 2009, também não se verificou diferença estatisticamente significativa entre a população analisada e a população excluída ($p > 0,05$).

A comparação da diferença das médias entre as populações para as variáveis quantitativas foi possível após a constatação da semelhança entre as variâncias. Utilizou-se para a análise da homogeneidade da variância o teste de Bartlett, tendo como resultado: $p=$

0,328, $p= 0,886$ e $p= 0,826$ para as variáveis referentes a frequência de episódios de absenteísmo por doença nos 2º, 3º e 4º trimestres de 2009 respectivamente.

Para a variável quantitativa referente ao “a frequência de episódios de absenteísmo por doença no 1º trimestre de 2009” e para a variável relacionada ao “número máximo de dias afastados em um único episódio de absenteísmo” não foram verificadas semelhanças entre as variâncias das populações analisada e excluída (p -valor do teste de Bartlett igual a 0,007 e menor que 0,001 respectivamente). Por isso preferiu-se utilizar para a análise o p -valor do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, cujo resultado sugeriu diferenças estatisticamente não significantes entre as populações analisada e excluída (p -valor $> 0,05$) (tabelas 5 e 8).

Tabela 8 Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas ao trimestre de ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009

Descrição	População Fonte N(%) = 568			Comparação entre a Pop Analisada e a Pop Excluída
	Amostra		Excluída N = 33	
	Total N = 306	Analisada N = 273		
Trimestre (jan/fev/mar) com um ou mais episódios de absenteísmo				
1 (sim)	82(27,2)	76(27,8)	6(20,7)	$p^3 = 0,708$
2 (não) ⁶	98(32,5)	88(32,2)	10(34,5)	
não teve abs por doença	122(40,4)	109(39,9)	13(44,8)	
DP¹	4	0	4	
Nº de episódios de absenteísmo no trimestre (jan/fev/mar)				
Média (DP)	0,59(0,80)	0,58(0,76)	0,69(1,20)	$p^5 = 0,177$
Percentis: 25/ 50/ 75	0/ 0/ 1	0/ 0/ 1	0/ 0/ 1	
Máx/ mín	5/ 0	5/ 0	4/ 0	
Moda	0	0	0	
Total	180	164	16	
Variável categorizada				
1 (0)	98(32,5)	88(32,2)	10(34,5)	p^2
2 (1-3)	80(26,5)	75(27,5)	5(17,2)	
3 (4-6)	2(0,7)	1(0,4)	1(3,4)	
não teve abs por doença	122(40,4)	109(39,9)	13(44,8)	
DP¹	4	0	4	
Trimestre (abr/maio/jun) com um ou mais episódios de absenteísmo				
1 (não) ⁶	82(27,1)	74(27,1)	8(26,7)	$p^3 = 0,927$
2 (sim)	99(32,7)	90(33,0)	9(30,0)	
não teve abs por doença	122(40,3)	109(39,9)	13(43,3)	
DP¹	3	0	3	
Nº de episódios de absenteísmo no trimestre (abr/maio/jun)				
Média (DP)	0,83(1,05)	0,82(1,03)	1,00(1,23)	$p^4 = 0,494$ $p^5 = 0,175$
Percentis 25/ 50/ 75	0/ 1/ 1	0/ 1/ 1	0/ 1/ 2	
Máx/ mín	6/ 0	6/ 0	4/ 0	

Continuação da tabela 8

Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas ao trimestre de ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009

Moda	0	0	0	
Total	181	164	17	
Variável categorizada				
1 (0)	82(27,1)	74(27,1)	8(26,7)	$p^3 = 0,905$
2 (1-3)	93(30,7)	85(31,1)	8(26,7)	
3 (4-6)	6(2,0)	5(1,8)	1(3,3)	
não teve abs por doença	122(40,3)	109(39,9)	13(43,3)	
DP¹	3	0	3	
Trimestre (jul/ago/set) com um ou mais episódios de absenteísmo				
1 (não) ⁶	108(35,8)	102(37,4)	6(20,7)	$p^3 = 0,156$
2 (sim)	72(23,8)	62(22,7)	10(34,5)	
não teve abs por doença	122(40,4)	109(39,9)	13(44,8)	
DP¹	4	0	4	
Nº de episódios de absenteísmo no trimestre (jul/ago/set)				
Média (DP)	0,54(0,77)	0,52(0,77)	0,81(0,75)	$p^4 = 0,146$
Percentis 25/ 50/ 75	0/ 0/ 1	0/ 0/ 1	0/ 1/ 1	$p^5 = 0,067$
Máx/ mín	4/ 0	4/ 0	2/ 0	
Moda	0	0	1	
Total	180	164	16	
Variável categorizada				
1 (0)	108(35,8)	102(37,4)	6(20,7)	p^2
2 (1-3)	71(23,5)	61(22,3)	10(34,5)	
3 (4-6)	1(0,3)	1(0,4)	0	
não teve abs por doença	122(40,4)	109(39,9)	13(44,8)	
DP¹	4	0	4	
Trimestre (out/nov/dez) com um ou mais episódios de absenteísmo				
1 (não) ⁶	127(42,1)	117(42,9)	10(34,5)	$p^3 = 0,679$
2 (sim)	53(17,5)	47(17,2)	6(20,7)	
não teve abs por doença	122(40,4)	109(39,9)	13(44,8)	
DP¹	4	0	4	
Nº de episódios de absenteísmo no trimestre (out/nov/dez)				
Média (DP)	0,38(0,65)	0,37(0,66)	0,44(0,63)	$p^4 = 0,703$
25/ 50/ 75	0/ 0/ 1	0/ 0/ 1	0/ 0/ 1	$p^5 = 0,519$
Máx/ mín	3/ 0	3/ 0	2/ 0	
Moda	0	0	0	
Total	180	164	16	
Variável categorizada				
1 (0)	127(42,1)	117(42,9)	10(34,5)	$p^3 = 0,679$
2 (1-3)	53(17,5)	47(17,2)	6(20,7)	
não teve abs por doença	122(40,4)	109(39,9)	13(44,8)	
DP¹	4	0	4	

Notas: ¹ DP = dados perdidos.

² p = p-valor para o teste qui quadrado não se aplica. Já o teste de Fisher se aplica para tabelas 2x2.

³ p = p-valor do teste qui quadrado.

⁴ p = p-valor para o teste t.

⁵ p = p-valor para o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

⁶ teve um ou mais episódios de absenteísmo por doença em outros trimestres do ano de 2009, exceto no trimestre referido.

5.1.3 Condições estressantes de trabalho (modelo demanda - controle)

A tabela 9 mostra a distribuição da amostra para as variáveis relacionadas às condições estressantes de trabalho (modelo demanda - controle e demanda no trabalho).

Em relação ao modelo demanda-controle elaborado por Karasek, as proporções dos 273 profissionais de enfermagem dentro de cada categoria de trabalho foi bastante semelhante (aproximadamente 24,0%). Para a variável agrupada de profissionais de enfermagem sujeitos ao trabalho ativo, trabalho passivo ou trabalho de alto desgaste, a proporção de expostos às condições estressantes de trabalho foi de 75,8% (n= 207).

5.1.3.1 Demanda no trabalho

Entre os 273 profissionais, a média dos escores da dimensão demanda foi de 14,2 com desvio padrão de 2,5 e mediana igual a 14. Ao analisar o *Alpha de Cronbach* a partir da variância dos itens da dimensão demanda, verificou-se um valor indicativo de boa consistência interna (0,72) (Tabela 9).

Entre 273 profissionais de enfermagem, 48,4% (n=132) apresentaram alta demanda no processo de trabalho, 53,5% (n=146) responderam que frequentemente executavam suas atividades com rapidez. Aproximadamente 47,0% (n=129) afirmaram que com frequência trabalhavam intensamente, 48,7% (n=133) consideravam que constantemente o trabalho exigia demais dos profissionais, 65,2% (n=178) afirmaram que frequentemente tinham tempo para cumprir as tarefas e 51,6% (n=141) responderam que às vezes seu trabalho apresentava exigências contraditórias (Tabela 9).

A comparação entre as populações analisada e excluída para as variáveis relacionadas ao modelo demanda - controle e à demanda no trabalho encontram-se no apêndice E.

Tabela 9 Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas às condições estressante de trabalho (modelo demanda - controle e demanda no trabalho) e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009

Descrição	População Fonte N(%) = 568			Comparação entre a Pop Analisada e a Pop Excluída
	Amostra		Excluída N = 33	
	Total N = 306	Analisada N = 273		
EXPOSIÇÃO PRINCIPAL				
Modelo Demanda - Controle				
Condições estressantes de trabalho				
1(↓D e ↑C - Baixo Desgaste)	72(24,1)	66(24,2)	6(23,1)	p ³ = 0,977
2(↑D e ↑C - Trabalho Ativo)	74(24,7)	67(24,5)	7(26,9)	
3(↓D e ↓C - Trabalho Passivo)	81(27,1)	75(27,5)	6(23,1)	
4(↑D e ↓C - Alto Desgaste)	72(24,1)	65(23,8)	7(26,9)	
DP¹	7	0	7	
Variável agrupada - dicotômica				
1(Baixo Desgaste)	72(24,1)	66(24,2)	9(27,3)	p ³ = 0,696
2(Outros)	227(75,9)	207(75,8)	24(72,7)	
DP¹	7	0	7	
DEMANDA				
Coeficiente <i>Alpha de Cronbach</i>		0,72		
Variável original - escore				
Média (DP)	14,19(2,5)	14,17(2,5)	14,32(2,5)	p ⁴ = 0,298 p ⁵ = 0,096
Percentis:25/ 50/ 75	13/ 14/ 16	13/ 14/ 16	12/ 15/ 16,5	
Máx/Min	19/ 5	19/ 5	18/ 10	
Moda	15	14	17	
Variável agrupada - dicotômica				
1(baixa demanda)	154(51,2)	141(51,6)	13(46,4)	p ³ = 0,753
2(alta demanda)	147(48,8)	132(48,4)	15(53,6)	
DP¹	5	0	5	
VARIÁVEIS QUE COMPÕEM A DIMENSÃO DEMANDA				
Rapidez na execução das tarefas				
Variável agrupada				
1 (nunca/quase nunca/raramente)	20(6,5)	18(6,6)	2(6,1)	p ³ = 0,338
2 (às vezes)	118(38,6)	109(39,9)	9(27,3)	
3 (frequentemente)	168(54,9)	146(53,5)	22(66,7)	
DP¹	0	0	0	
Trabalho intenso				
Variável agrupada				
1 (nunca/quase nunca/raramente)	33(10,8)	30(11,0)	3(9,4)	p ³ = 0,628
2 (às vezes)	125(41,0)	114(41,8)	11(34,4)	
3 (frequentemente)	147(48,2)	129(47,3)	18(56,3)	
DP¹	1	0	1	
Exigência no trabalho				
Variável agrupada				
1 (nunca/quase nunca/raramente)	33(10,8)	29(10,6)	4(12,1)	p ³ = 0,964
2 (às vezes)	124(40,5)	111(40,7)	13(39,4)	
3 (frequentemente)	149(48,7)	133(48,7)	16(48,5)	
DP¹	0	0	0	

Continuação da tabela 9

Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas às condições estressante de trabalho (modelo demanda - controle e demanda no trabalho) e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009

Tempo para cumprir as tarefas				
Variável agrupada				
1 (frequentemente)	201(65,9)	178(65,2)	23(71,9)	p ²
2 (às vezes)	92(30,2)	83(30,4)	9(28,1)	
3 (raramente/nunca/quase nunca)	12(4,0)	12(4,4)	0	
DP¹	1	0	1	
Exigências contraditórias				
1 (nunca ou quase nunca)	51(16,8)	45(16,5)	6(20,0)	p ³ = 0,855
2 (raramente)	54(17,8)	50(18,3)	4(13,3)	
3 (às vezes)	156(51,5)	141(51,6)	15(50,0)	
4 (frequentemente)	42(13,9)	37(13,6)	5(16,7)	
DP¹	3	0	3	

Notas: ¹ DP = dados perdidos.

² p = p-valor para o teste qui quadrado não se aplica. Já o teste de Fisher se aplica para tabelas 2x2.

³ p = p-valor do teste qui quadrado.

⁴ p = p-valor para o teste t.

⁵ p = p-valor para o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

5.1.3.2 Controle no trabalho

A tabela 10 mostra a distribuição da amostra para as variáveis relacionadas ao controle no processo de trabalho.

A média dos escores da dimensão controle foi de 17,3 com desvio padrão de 2,3 e mediana igual a 17. Ao analisar o *Alpha de Cronbach* a partir da variância dos itens da dimensão controle, verificou-se um valor baixo para consistência interna (0,48) (Tabela 10).

Entre 273 profissionais de enfermagem, 51,3% (n=140) apresentaram baixo controle no processo de trabalho. Aproximadamente 53,0% (n=144) responderam que frequentemente tinham oportunidade de aprender coisas novas em seu trabalho. Oitenta e um por cento (81,0%, n=221) afirmaram que com frequência seu trabalho exigia muita habilidade ou conhecimentos especializados. Aproximadamente 79,0% (n=216) responderam que constantemente seu trabalho cobrava que os profissionais tomassem iniciativas, 85,3% (n=233) afirmaram que frequentemente repetiam muitas vezes as mesmas tarefas, 50,5% (n=138) responderam que às vezes podiam escolher “como” fazer o seu trabalho e 31,1% (n=85) afirmaram que nunca ou quase nunca podiam escolher “o que” fazer no seu trabalho (Tabela 10).

A comparação entre as populações analisada e excluída para as variáveis relacionadas ao controle no trabalho encontra-se no apêndice E.

Tabela 10 Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas às condições estressante de trabalho (controle no trabalho) e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009

Descrição	População Fonte N(%) = 568			Comparação entre a Pop Analisada e a Pop Excluída
	Amostra		Excluída N = 33	
	Total N = 306	Analisada N = 273		
CONTROLE				
Coefficiente <i>Alpha de Cronbach</i>	0,48			
Variável original- escore				
Média (DP)	17,29(2,29)	17,32(2,28)	17,00(2,41)	p ⁴ = 0,761
Percentis: 25/ 50/ 75	16/ 17/ 19	16/ 17/ 19	16/ 18/ 18	p ⁵ = 0,608
Máx/Min	23/ 11	23/ 11	21/ 11	
Moda	18	17	18	
Variável agrupada - dicotômica				
1(baixo controle)	156(51)	140(51,3)	16(48,5)	p ³ = 0,761
2(alto controle)	150(49)	133(48,7)	17(51,5)	
DP¹	0	0	0	
VARIÁVEIS QUE COMPÕEM A DIMENSÃO CONTROLE				
Aprendizagem no trabalho				
Variável agrupada				
1 (nunca/quase nunca/raramente)	27(8,8)	24(8,8)	3(9,1)	p ³ = 0,649
2 (às vezes)	115(37,6)	105(38,5)	10(30,3)	
3 (frequentemente)	164(53,6)	144(52,7)	20(60,6)	
DP¹	0	0	0	
Exigência de habilidade no trabalho				
Variável agrupada				
1 (nunca/quase nunca/raramente)	11(3,6)	9(3,3)	2(6,1)	p ³ = 0,494
2 (às vezes)	50(16,3)	43(15,8)	7(21,2)	
3 (frequentemente)	245(80,1)	221(81,0)	24(72,7)	
DP¹	0	0	0	
Exigência de iniciativa				
Variável agrupada				
1 (nunca/quase nunca/raramente)	6(2,0)	4(1,5)	2(6,1)	p ²
2 (às vezes)	59(19,3)	53(19,4)	6(18,2)	
3 (frequentemente)	241(78,8)	216(79,1)	25(75,8)	
DP¹	0	0	0	
Tarefas repetitivas				
Variável agrupada				
1 (frequentemente)	261(85,3)	233(85,3)	28(84,8)	p ²
2 (às vezes)	41(13,4)	36(13,2)	5(15,2)	
3 (nunca/quase nunca/raramente)	4(1,3)	4(1,5)	0	
DP¹	0	0	0	

Continuação da tabela 10

Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas às condições estressante de trabalho (controle no trabalho) e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009

Escolher como fazer o trabalho				
1 (nunca ou quase nunca)	33(10,8)	32(11,7)	1(3,0)	$p^3 = 0,468$
2 (raramente)	41(13,4)	36(13,2)	5(15,2)	
3 (às vezes)	155(50,7)	138(50,5)	17(51,5)	
4 (frequentemente)	77(25,2)	67(24,5)	10(30,3)	
DP¹	0	0	0	
Escolher o q/ fazer no trabalho				
1 (nunca ou quase nunca)	101(33,0)	85(31,1)	16(48,5)	$p^3 = 0,159$
2 (raramente)	69(22,5)	61(22,3)	8(24,2)	
3 (às vezes)	91(29,7)	85(31,1)	6(18,2)	
4 (frequentemente)	45(14,7)	42(15,4)	3(9,1)	
DP¹	0	0	0	

Notas: ¹ DP = dados perdidos.

² p = p-valor para o teste qui quadrado não se aplica. Já o teste de Fisher se aplica para tabelas 2x2.

³ p= p-valor do teste qui quadrado.

⁴ p= p-valor para o teste t.

⁵ p= p-valor para o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

5.1.4 Demais variáveis relacionadas às condições estressantes de trabalho

5.1.4.1 Apoio social no trabalho

A tabela 11 mostra a distribuição da amostra para as variáveis relacionadas ao apoio social no trabalho.

A média dos escores da dimensão apoio social foi de 19,6 com desvio padrão de 2,9 e mediana igual a 20. O *Alpha de Cronbach* foi calculado através da variância dos itens da dimensão “apoio social”, cujo resultado sugeriu muito boa consistência interna (0,82) (Tabela 11).

Entre os profissionais de enfermagem, 56,0% (n=153) apresentaram baixo apoio social no trabalho. Quarenta e oito por cento (48,0%, n=131) concordavam que no seu trabalho existia uma ambiente calmo e agradável, 50,5% (n=138) concordavam que havia bom relacionamento uns com os outros, 49,8% (n=136) e 47,3% (n=129) também concordavam que podiam contar com o apoio e compreensão dos colegas de trabalho respectivamente. Aproximadamente 56,0% (n=154) concordavam totalmente que tinham bom relacionamento

com a chefia e 63,4% (n=173) concordavam totalmente que gostavam de trabalhar com os colegas (Tabela 11).

A comparação entre as populações analisada e excluída para as variáveis relacionadas ao apoio social no trabalho encontra-se no apêndice E.

Tabela 11 Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas às condições estressante de trabalho (apoio social no trabalho) e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009

Descrição	População Fonte N(%) = 568			Comparação entre a Pop Analisada e a Pop Excluída
	Amostra		Excluída N = 33	
	Total N = 306	Analisada N = 273		
APOIO SOCIAL				
Coefficiente <i>Alpha de Cronbach</i>	0,82			
Variável original- escore				
Média (DP)	19,61(2,99)	19,59(2,99)	19,74(3,01)	$p^4 = 0,255$
Percentis: 25/ 50/ 75	18/ 20/ 22	18/ 20/ 22	18/ 20/ 22	$p^5 = 0,816$
Máx/Min	24/ 6	24/ 6	24/ 12	
Moda	18	18	18	
Variável categorizada - dicotômica				
1(baixo apoio)	170(55,9)	153(56,0)	17(54,8)	$p^3 = 0,898$
2(alto apoio)	134(44,1)	120(44,0)	14(45,2)	
DP¹	2	0	2	
VARIÁVEIS QUE COMPÕEM A DIMENSÃO APOIO SOCIAL				
Ambiente calmo e agradável				
1 (discordo totalmente)	32(10,5)	29(10,6)	3(9,7)	p^2
2 (discordo mais que concordo)	87(28,6)	78(28,6)	9(29,0)	
3 (concordo mais que discordo)	146(48,0)	131(48,0)	15(48,4)	
4 (concordo totalmente)	39(12,8)	35(12,8)	4(12,9)	
DP¹	2	0	2	
Bom relacionamento com os outros no trabalho				
Variável agrupada				
1 (disc. totalm. e mais q/ conc.)	22(7,2)	18(6,6)	4(12,1)	$p^3 = 0,430$
2 (concordo mais que discordo)	152(49,7)	138(50,5)	14(42,4)	
3 (concordo totalmente)	132(43,1)	117(42,9)	15(45,5)	
DP¹	0	0	0	
Apoio dos colegas no trabalho				
Variável agrupada				
1 (disc. totalm. e mais q/ conc.)	20(6,6)	18(6,6)	2(6,3)	$p^3 = 0,939$
2 (concordo mais que discordo)	153(50,2)	136(49,8)	17(53,1)	
3 (concordo totalmente)	132(43,3)	119(43,6)	13(40,6)	
DP¹	1	0	1	

Continuação da tabela 11

Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas às condições estressante de trabalho (apoio social no trabalho) e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009

Compreensão dos colegas				
1 (discordo totalmente)	12(3,9)	10(3,7)	2(6,1)	p ³ = 0,263
2 (discordo mais que concordo)	43(14,1)	36(13,2)	7(21,2)	
3 (concordo mais que discordo)	139(45,4)	129(47,3)	10(30,3)	
4 (concordo totalmente)	112(36,6)	98(35,9)	14(42,4)	
DP¹	0	0	0	
Bom relacionamento c/ o chefe				
Variável agrupada				
1 (disc. totalm. e mais q/ conc.)	16(5,2)	16(5,9)	0	p ²
2 (concordo mais que discordo)	115(37,6)	103(37,7)	12(36,4)	
3 (concordo totalmente)	175(57,2)	154(56,4)	21(63,6)	
DP¹	0	0	0	
Gosta de trabalhar com os colegas				
Variável agrupada				
1 (disc. totalm. e mais q/ conc.)	6(2,0)	5(1,8)	1(3,0)	p ³ = 0,641
2 (concordo mais que discordo)	104(34,0)	95(34,8)	9(27,3)	
3 (concordo totalmente)	196(64,1)	173(63,4)	23(69,7)	
DP¹	0	0	0	

Notas: ¹ DP = dados perdidos.

² p = p-valor para o teste qui quadrado não se aplica. Já o teste de Fisher se aplica para tabelas 2x2.

³ p= p-valor do teste qui quadrado.

⁴ p= p-valor para o teste t.

⁵ p= p-valor para o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

5.1.4.2 Caracterização do trabalho profissional

Em relação ao tempo de exercício na profissão e a quantidade de vínculos empregatícios na área de enfermagem em 2009, 97,8% (n=267) da amostra analisada possuíam mais de 5 anos de trabalho e aproximadamente 56,0% (n=154) tinham até 2 empregos na área de enfermagem (excluindo o vínculo com o Hospital das Clínicas). Entre os profissionais do estudo que possuíam outros vínculos empregatícios, 34,4% (n=94) classificaram como boa sua capacidade para o trabalho nos outros empregos em relação às demandas físicas e mentais (tabela 12).

No que se refere à carga horária e ao turno de trabalho em 2009 dos profissionais analisados em relação ao Hospital das Clínicas e aos outros empregos, 51,3% (n=140) trabalhavam entre 25 a 44 horas semanais e 47,3% (n=129) trabalhavam no turno da manhã e/ou tarde (tabela 12).

Em relação ao setor de trabalho no Hospital das Clínicas, 49,8% (n=136) dos profissionais analisados trabalhavam nas unidades especializadas, dos quais: 25,7% (n=35) eram enfermeiros assistenciais e/ou gerenciais, 72,1% (n=98) eram auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 2,2% (n=3) eram atendentes de enfermagem. Trinta e oito (13,9%) trabalhavam nas UTI, dos quais: 23,7% (n=9) eram enfermeiros assistenciais e/ou gerenciais, 73,7% (n=28) eram auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 2,6% (n=1) eram atendentes de enfermagem. Quarenta e quatro (16,1%) trabalhavam no centro cirúrgico e obstétrico, dos quais: 20,5% (n=9) eram enfermeiros assistenciais e/ou gerenciais, 72,7% (n=32) eram auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 6,8% (n=3) eram atendentes de enfermagem. Trinta e cinco (12,8%) trabalhavam no ambulatório e serviço de pronto-atendimento (SPA), dos quais: 34,3% (n=12) eram enfermeiros assistenciais e/ou gerenciais, 62,9% (n=22) eram auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 2,9% (n=1) eram atendentes de enfermagem. E 25 (7,3%) trabalhavam nos serviços de apoio hospitalar, dos quais: 40,0% (n=8) eram enfermeiros assistenciais e/ou gerenciais, 50,0% (n=10) eram auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 10,0% (n=2) eram atendentes de enfermagem.

Ainda, considerando a rotatividade de setor entre os indivíduos do estudo, 92,3% (n=252) responderam que não mudaram de setor durante o ano de 2009 (tabela 12).

A comparação entre as populações analisada e excluída para as variáveis relacionadas à caracterização do trabalho profissional encontra-se no apêndice E.

Tabela 12 Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas à caracterização do trabalho profissional e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009

Descrição	População Fonte N(%) = 568			Comparação entre a Pop Analisada e a Pop Excluída
	Amostra		Excluída N = 3	
	Total N = 306	Analisada N = 273		
Tempo de enfermagem				
1 (menos de 2 anos)	1(0,3)	1(0,4)	0	p ²
2 (2 - 5 anos)	5(1,6)	5(1,8)	0	
3 (mais de 5 anos)	300(98,0)	267(97,8)	33(100,0)	
DP¹	0	0	0	
Outros vínculos de emprego				
1 (nenhum)	127(42,5)	114(41,8)	13(50,0)	p ⁴ = 0,095
2 (até 2)	165(55,2)	154(56,4)	11(42,3)	
3 (> 2)	7(2,3)	5(1,8)	2(7,7)	
DP¹	7	0	7	

Continuação da tabela 12

Distribuição da amostra para as variáveis relacionadas à caracterização do trabalho profissional e comparação da população excluída com a população incluída na análise. Recife, 2009

Capacidade para o trabalho dos outros vínculos				
Variável agrupada				
Apenas trabalha no HC	127(42,5)	114(41,8)	13(50,0)	p ²
1 (muito baixa/baixa/moderada)	39(13,0)	37(13,6)	2(7,7)	
2 (boa)	103(34,4)	94(34,4)	9(34,6)	
3 (muito boa)	30(10,0)	28(10,3)	2(7,7)	
DP¹	7	0	7	
Carga horária semanal do HC e outros vínculos				
1 (menos de 25h)	21(6,9)	21(7,7)	0	p ²
2 (25 - 44h)	157(51,8)	140(51,3)	17(56,7)	
3 (mais de 44h)	125(41,3)	112(41,0)	13(43,3)	
DP¹	3	0	3	
Turno de trabalho do HC e outros vínculos				
1 (diurno)	144(47,4)	129(47,3)	15(48,4)	p ⁴ = 0,679
2 (noturno)	45(14,8)	39(14,3)	6(19,4)	
3 (diurno/ noturno)	115(37,8)	105(38,5)	10(32,3)	
DP¹	2	0	2	
Setor de trabalho no HC				
1 (unid. especializada)	152(49,7)	136(49,8)	16(48,5)	p ⁴ = 0,317
2 (UTI)	43(14,1)	38(13,9)	5(15,2)	
3 (centro cirúrgico e obstétrico)	50(16,3)	44(16,1)	6(18,2)	
4 (ambulatório e SPA)	36(11,8)	35(12,8)	1(3,0)	
5 (serviço de apoio hospitalar)	25(8,2)	20(7,3)	5(15,2)	
DP¹	0	0	0	
Mudança de setor				
1 (não)	284(92,8)	252(92,3)	32(97,0)	p ³ = 0,534
2 (sim)	22(7,2)	21(7,7)	1(3,0)	
DP¹	0	0	0	

Nota: ¹ DP = dados perdidos.

² p = p-valor para o teste qui quadrado não se aplica. Já o teste de Fisher se aplica para tabelas 2x2.

³ p = p-valor para o teste qui quadrado com correção de Yates.

⁴ p = p-valor do teste qui quadrado.

5.2 Análise bivariada

5.2.1 Exposição principal modelo demanda - controle e absenteísmo por doença

A tabela 13 mostra a associação entre a exposição principal (modelo demanda - controle e dimensão demanda) e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença na amostra analisada.

A proporção dos profissionais de enfermagem com um ou mais episódios de absenteísmo por doença separadamente por categoria do modelo demanda - controle foram: 57,6% para trabalho de baixo desgaste, 49,3% para trabalho ativo, 68,0% para trabalho passivo e 64,6% para trabalho de alto desgaste. Como os intervalos de confiança da Razão de Prevalência (RP) e do *Odds Ratio* (OR) incorporaram o valor 1 e o p-valor foi maior que 0,05, então não se pôde excluir que as diferenças entre os percentuais apresentadas ocorreram por mero acaso. Nesta análise não foi observado efeito dose-resposta (Tabela 13).

A chance dos indivíduos se afastarem do trabalho por motivo de doença foi 15% maior entre os expostos às condições estressantes de trabalho (trabalho ativo, trabalho passivo e trabalho de alto desgaste) quando comparados aos não expostos (trabalho de baixo desgaste). Nenhuma destas diferenças nas razões de chances foi estatisticamente significativa (Tabela 13).

5.2.2 Variáveis que compõem a exposição principal e absenteísmo por doença

5.2.2.1 Demanda no trabalho

A prevalência dos indivíduos com baixa demanda no trabalho que se afastaram do serviço por motivo de doença foi 11% maior quando comparados aos que tinham alta demanda no trabalho (Tabela 13).

Indivíduos que “às vezes” executavam as tarefas do trabalho com muita rapidez apresentaram maior proporção de episódios de absenteísmo em comparação com aqueles que

responderam “nunca, quase nunca ou raramente”, mas esta diferença esteve no limite da significância estatística (p-valor do qui quadrado para comparação dos percentuais de todas as categorias foi menor que 0,05 e o OR IC 95% para comparação das categorias “nunca, quase nunca ou raramente” e “às vezes” foi de 1,00-7,60) (Tabela 13).

A chance de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença foi 68% maior (OR= 1,68) para os indivíduos que “às vezes” trabalhavam intensamente em comparação àqueles que “nunca, quase nunca ou raramente” trabalhavam com intensidade. E 8% maior (OR= 1,08) naqueles que “às vezes” tinham alta exigência no trabalho em comparação àqueles que “nunca, quase nunca ou raramente” tinham alta exigência no trabalho (associações estatisticamente não significantes). Resultados similares foram obtidos também com a razão de prevalência (Tabela 13).

Considerando a disponibilidade de tempo para cumprimento das tarefas de trabalho, a chance do indivíduo se ausentar do serviço por motivo de doença foi 30% maior entre aqueles que nunca ou quase nunca tinham tempo. Para aqueles que às vezes enfrentavam exigências contraditórias ou discordantes no trabalho, a chance foi 37% maior em relação ao grupo de referência (associação estatística não significativa) (Tabela 13).

Tabela 13 Associação entre a exposição principal (modelo demanda - controle e dimensão demanda) e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença na amostra. Recife, 2009

Variáveis de Estudo	Desfecho Absenteísmo por Doença N= 273 (Amostra Analisada)			
	n (desfecho) / N ¹ (%)	OR (95% I. C.)	RP (95% I.C.)	P ² - Valor
EXPOSIÇÃO PRINCIPAL				
Modelo Demanda (D)- Controle (C)				
Condições estressantes de trabalho				
1(baixa D e alto C - Baixo Desgaste)				p= 0,113
2(alta D e alto C - Trabalho Ativo)	38/66 (57,6)	1	1	
3(baixa D e baixo C - Trabalho Passivo)	33/67 (49,3)	0,72 (0,36-1,42)	0,86 (0,62-1,18)	
4(alta D e baixo C - Alto Desgaste)	51/75 (68,0)	1,57 (0,79-3,12)	1,18 (0,91-1,53)	
	42/65 (64,6)	1,35 (0,66-2,72)	1,12 (0,85-1,48)	
Variável agrupada - dicotômica				
1(Baixo Desgaste)	38/66 (57,6)	1	1	p= 0,634
2(Outros)	126/207 (60,9)	1,15 (0,65-2,01)	1,06 (0,84-1,34)	
DEMANDA				
1 (baixa)	89/141 (63,1)	1	1	p= 0,288
2 (alta)	75/132 (56,8)	0,77 (0,47-1,25)	0,90 (0,74-1,09)	
VARIÁVEIS QUE COMPÕEM A DIMENSÃO DEMANDA				
Rapidez na execução das tarefas				
1 (nunca/quase nunca/raramente)	8/18 (44,4)	1	1	p= 0,037
2 (às vezes)	75/109 (68,8)	2,76 (1,00-7,60)	1,55 (0,91-2,63)	
3 (frequentemente)	81/146 (55,5)	1,56 (0,58-4,17)	1,25 (0,73-2,13)	
Trabalho intenso				
1 (nunca/quase nunca/raramente)	16/30 (53,3)	1	1	p= 0,250
2 (às vezes)	75/ 114 (65,8)	1,68 (0,74-3,80)	1,23 (0,86-1,77)	
3 (frequentemente)	73/ 129 (56,6)	1,14 (0,51-2,53)	1,06 (0,73-1,53)	
Exigência no trabalho				
1 (nunca/quase nunca/raramente)	18/29 (62,1)	1	1	p= 0,472
2 (às vezes)	71/111 (64,0)	1,08 (0,47-2,52)	1,03 (0,75-1,41)	
3 (frequentemente)	75/ 133 (56,4)	0,79 (0,35-1,80)	0,91 (0,66-1,25)	
Tempo para cumprir as tarefas				
1 (frequentemente)	108/178 (60,7)	1	1	p= 0,811
2 (às vezes)	48/83 (57,8)	0,89 (0,52-1,51)	0,95 (0,77-1,19)	
3 (raramente/nunca/quase nunca)	8/12 (66,7)	1,30 (0,38-4,47)	1,10 (0,72-1,67)	
Exigências contraditórias				
1 (nunca ou quase nunca)	25/45 (55,6)	1	1	p= 0,685
2 (raramente)	30/50 (60,0)	1,20 (0,53-2,71)	1,08 (0,76-1,53)	
3 (às vezes)	89/141 (63,1)	1,37 (0,69-2,70)	1,14 (0,85-1,52)	
4 (frequentemente)	20/ 37 (54,1)	0,94 (0,39-2,26)	0,97 (0,66-1,45)	

Nota: ¹ n= numerador, número de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença; N= denominador em cada categoria.

² p= p -valor do teste qui quadrado.

5.2.2.2 Controle no trabalho

A chance dos indivíduos com baixo controle no trabalho apresentarem um ou mais episódios de absenteísmo por doença foi 73% maior quando comparados aos de alto controle (OR=1,73 e RP correspondente de 1,24). Estes resultados foram estatisticamente significantes a 5% (Tabela 14).

Considerando a oportunidade de aprendizagem no trabalho, os indivíduos que “nunca, quase nunca ou raramente” tinham possibilidade de aprender apresentaram chance 65% maior (OR=1,65) para ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença em relação àqueles que frequentemente tinham possibilidade de aprender (associação sem significância estatística).

No que se refere às exigências de conhecimentos especializados no serviço, a chance dos indivíduos que “às vezes” tinham exigência de muita habilidade no trabalho foi 2,19 vezes maior para ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença em relação àqueles que “frequentemente” tinham trabalho que exigia muita habilidade ou conhecimentos especializados (associação estatisticamente significativa, com OR I.C. 95% igual a 1,05 - 4,57). Resultados similares foram encontrados com o valor da razão de prevalência (Tabela 14).

Em relação à exigência de iniciativa no trabalho, a chance dos indivíduos apresentarem um ou mais episódios de absenteísmo por doença para aqueles em que o trabalho “às vezes” exigia iniciativa foi 2,37 vezes maior em comparação aos indivíduos em que o trabalho “frequentemente” exigia iniciativa do profissional (associação estatisticamente significativa, com OR I.C. 95% igual a 1,20 - 4,68) (Tabela 14).

A chance dos indivíduos apresentarem um ou mais episódios de absenteísmo por doença entre aqueles que “às vezes” repetiam as mesmas tarefas foi 33% menor que a chance entre os que “nunca, quase nunca ou raramente” repetiam as mesmas tarefas (OR= 0,67), estes achados porém não tiveram significância estatística (Tabela 14).

O fato de poder escolher como fazer seu trabalho esteve positivamente associado com a proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença. As chances de ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo para aqueles que “às vezes”, “raramente” ou “nunca ou quase nunca” podiam escolher como fazer seu trabalho foram respectivamente 2,38, 3,17 e 4,18 vezes maior em relação àqueles que “frequentemente”

podiam escolher como fazer seu trabalho (associação estatisticamente significativa) (Tabela 14).

No entanto, não houve associação entre poder escolher o que fazer no trabalho e ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo (Tabela 14).

Tabela 14 Associação entre a dimensão de trabalho controle e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença na amostra. Recife, 2009

Variáveis de Estudo	Desfecho Absenteísmo por Doença N= 273 (Amostra Analisada)			P - Valor
	n / N ¹ (%)	OR (95% I. C.)	RP (95% I.C.)	
CONTROLE				
2 (alto)	71/133 (53,4)	1	1	p ² = 0,028
1 (baixo)	93/140 (66,4)	1,73 (1,06-2,82)	1,24 (1,02-1,52)	
VARIÁVEIS QUE COMPÕEM A DIMENSÃO CONTROLE				
Aprendizagem no trabalho				
3 (frequentemente)	79/144 (54,9)	1	1	p ² = 0,177
2 (às vezes)	69/105 (65,7)	1,58 (0,94-2,65)	1,20 (0,98-1,47)	
1 (nunca/quase nunca/raramente)	16/24 (66,7)	1,65 (0,66-4,09)	1,22 (0,88-1,67)	
Exigência de habilidade no trabalho				
3 (frequentemente)	126/221 (57,0)	1	1	p ² = 0,095
2 (às vezes)	32/43 (74,4)	2,19 (1,05-4,57)	1,31 (1,06-1,61)	
1 (nunca/quase nunca/raramente)	6/9 (66,7)	1,51 (0,37-6,18)	1,17 (0,73-1,88)	
Exigência de iniciativa				
3 (frequentemente)	122/216 (56,5)	1	1	p ³
2 (às vezes)	40/53 (75,5)	2,37 (1,20-4,68)	1,34 (1,10-1,62)	
1 (nunca/quase nunca/raramente)	2/4 (50,0)	0,77 (0,11-5,57)	0,89 (0,33-2,38)	
Tarefas repetitivas				
3 (nunca/quase nunca/raramente)	3/4 (75,0)	1	1	p ³
2 (às vezes)	24/36 (66,7)	0,67 (0,06-7,11)	0,89 (0,48-1,64)	
1 (frequentemente)	137/233 (58,8)	0,48 (0,05-4,64)	0,78 (0,44-1,39)	
Escolher como fazer o trabalho				
4 (frequentemente)	28/67 (41,8)	1	1	p ² = 0,003
3 (às vezes)	87/138 (63,0)	2,38 (1,31-4,31)	1,51 (1,11-2,06)	
2 (raramente)	25/36 (69,4)	3,17 (1,34-7,48)	1,66 (1,16-2,37)	
1 (nunca ou quase nunca)	24/32 (75,0)	4,18 (1,64-10,65)	1,79 (1,27-2,54)	
Escolher o que fazer no trabalho				
4 (frequentemente)	22/42 (52,4)	1	1	p ² = 0,563
3 (às vezes)	49/85 (57,6)	1,24 (0,59-2,60)	1,10 (0,78-1,55)	
2 (raramente)	39/61 (63,9)	1,61 (0,72-3,59)	1,22 (0,86-1,72)	
1 (nunca ou quase nunca)	54/85 (63,5)	1,58 (0,75-3,35)	1,21 (0,87-1,69)	

Nota: ¹ n= numerador, número de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença; N= denominador em cada categoria.

² p= p -valor do teste qui quadrado.

³ p= p-valor para o teste qui quadrado não se aplica. Já o teste de Fisher se aplica para tabelas 2x2

5.2.3 Outras variáveis relacionadas às condições estressantes de trabalho e absenteísmo por doença

5.2.3.1 Apoio social no trabalho

Em nenhuma das variáveis apresentadas na tabela 15 verificou-se associação estatística significativa com o desfecho estudado ($p > 0,05$ e incorporação do valor 1 no I.C. a 95%).

A chance de ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença foi 46% maior entre os indivíduos com baixo apoio social em relação àqueles com alto apoio social no trabalho. A chance também foi maior (OR= 1,50) entre os indivíduos que “discordavam mais do que concordavam” que no seu trabalho houvesse um ambiente calmo e agradável em comparação com aqueles que referiam “concordar totalmente” (Tabela 15).

Em comparação com os indivíduos que relataram “concordar totalmente” na existência de um bom relacionamento pessoal dentro do ambiente de trabalho, a chance de ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença foi 28% maior para aqueles que referiram “concordar mais que discordar” e 55% maior naqueles que relataram “discordar totalmente ou discordar mais que concordar” (Tabela 15).

Já em comparação com os indivíduos que relataram que “concordavam totalmente” que era possível contar com o apoio dos colegas de trabalho, a chance de ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença foi 63% maior para aqueles que referiram “concordar mais que discordar” e 35% maior naqueles que relataram “discordar totalmente ou discordar mais que concordar” (Tabela 15).

A chance de ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença entre os indivíduos que relataram “discordar totalmente ou discordar mais que concordar” que houvesse compreensão por parte dos colegas de trabalho foi 64% maior quando comparados com aqueles que “concordavam totalmente”. Já a chance dos indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença foi 32% maior para aqueles que “discordavam totalmente ou discordavam mais que concordavam” que houvesse bom relacionamento com o chefe no trabalho quando comparados àqueles que “concordavam totalmente” (Tabela 15).

Em comparação com os indivíduos que relataram “concordar totalmente” que gostavam de trabalhar com os colegas, a chance de ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença foi 14% maior para aqueles que referiram “concordar mais que discordar” e 4%

maior naqueles que relataram “discordar totalmente ou discordar mais que concordar” (Tabela 15).

Tabela 15 Associação entre a dimensão de trabalho apoio social e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença na amostra. Recife, 2009

Variáveis de Estudo	Desfecho Absenteísmo por Doença N= 273 (Amostra Analisada)			
	n / N ¹ (%)	OR (95% I. C.)	RP (95% I.C.)	P - Valor
APOIO SOCIAL				
2 (alto)	66/120 (55,0)	1	1	p ² = 0,129
1 (baixo)	98/153 (64,1)	1,46 (0,86-2,46)	1,16 (0,95-1,42)	
Ambiente calmo e agradável no trabalho				
4 (concordo totalmente)	19/35 (54,3)	1	1	p ² = 0,591
3 (concordo mais q/ discordo)	80/131 (61,1)	1,32 (0,62-2,80)	1,12 (0,81-1,57)	
2 (discordo mais q/ concordo)	50/78 (64,1)	1,50 (0,67-3,38)	1,18 (0,84-1,67)	
1 (discordo totalmente)	15/29 (51,7)	0,90 (0,34-2,42)	0,95 (0,60-1,52)	
Bom relacionamento com os outros				
3 (concordo totalmente)	66/117 (56,4)	1	1	p ² = 0,530
2 (concordo mais q/ discordo)	86/138 (62,3)	1,28 (0,77-2,11)	1,10 (0,90-1,36)	
1 (disc. totalmente e mais q/ concordo)	12/18 (66,7)	1,55 (0,54-4,40)	1,18 (0,82-1,70)	
Apoio dos colegas no trabalho				
3 (concordo totalmente)	64/119 (53,8)	1	1	p ² = 0,165
2 (concordo mais q/ discordo)	89/ 136 (65,4)	1,63 (0,98-2,70)	1,22 (0,99-1,50)	
1 (disc. totalmente e mais q/ concordo)	11/18 (61,1)	1,35 (0,49-3,72)	1,14 (0,76-1,70)	
Compreensão dos colegas				
3 (concordo totalmente)	57/98 (58,2)	1	1	p ² = 0,354
2 (concordo mais q/ discordo)	75/129 (58,1)	1,00 (0,59-1,70)	1,00 (0,80-1,25)	
1 (disc. totalmente e mais q/ concordo)	32/46 (69,6)	1,64 (0,78-3,46)	1,20 (0,93-1,54)	
Bom relacionamento com o chefe				
3 (concordo totalmente)	86/154 (55,8)	1	1	p ² = 0,258
2 (concordo mais q/ discordo)	68/103 (66,0)	1,54 (0,92-2,58)	1,18 (0,97-1,44)	
1 (disc. totalmente e mais q/ concordo)	10/16 (62,5)	1,32 (0,46-3,81)	1,12 (0,75-1,68)	
Gosta de trabalhar com os colegas				
3 (concordo totalmente)	102/173 (59,0)	1	1	p ³
2 (concordo mais q/ discordo)	59/95 (62,1)	1,14 (0,68-1,91)	1,05 (0,86-1,29)	
1 (disc. totalmente e mais q/ concordo)	3/5 (60,0)	1,04 (0,17-6,41)	1,02 (0,49-2,10)	

Nota: ¹ n= numerador, número de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença; N= denominador em cada categoria.

² p= p -valor do teste qui quadrado.

³ p= p-valor para o teste qui quadrado não se aplica. Já o teste de Fisher se aplica para tabelas 2x2.

5.2.3.2 Demais variáveis

A tabela 16 mostra a associação entre proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença e outras variáveis que poderiam estar relacionadas às condições estressantes de trabalho, mas que não constam na versão resumida do questionário JCC.

A partir dos resultados apresentados na tabela 16, a proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo foi maior entre os indivíduos com maior tempo de trabalho na enfermagem, com carga horária de trabalho de 25 a 44 horas semanais, que exerciam atividades tanto no turno diurno quanto noturno, que mudaram de setor e tinham outro vínculo empregatício além do HC, mas apenas a variável “vínculo empregatício” apresentou associação estatisticamente significativa (OR I.C. 95% igual a 1,07 - 3,07). O “setor de trabalho no HC” e “capacidade para o trabalho em relação aos outros vínculos” apresentaram medidas de associação próximas de 1 e, portanto provavelmente não apresentaram associação com a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo na amostra analisada.

Tabela 16 Associação entre as variáveis relacionadas às condições estressantes de trabalho e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença na amostra. Recife, 2009

Variáveis de Estudo	Desfecho Absenteísmo por Doença N= 273 (Amostra Analisada)			
	n / N ¹ (%)	OR (95% I. C.)	RP (95% I.C.)	P - Valor
Tempo de trabalho na enfermagem				
Variável agrupada				
1 (menos de 5 anos)	3/6 (50,0)	1	1	p ³ = 0,930
2 (mais de 5 anos)	161/267 (60,3)	1,52 (0,30-7,67)	1,21 (0,54-2,70)	
Carga horária semanal				
1 (menos de 25h)	12/21 (57,1)	1	1	p ² = 0,950
2 (25 - 44h)	85/140 (60,7)	1,16 (0,46-2,93)	1,06 (0,72-1,58)	
3 (mais de 44h)	67/112 (59,8)	1,12 (0,43-2,87)	1,05 (0,70-1,56)	
Turno de trabalho do HC e outros vínculos				
1 (diurno)	74/129 (57,4)	1	1	p ² = 0,299
2 (noturno)	21/39 (53,8)	0,87 (0,42-1,78)	0,94 (0,68-1,30)	
3 (diurno/ noturno)	69/105 (65,7)	1,42 (0,84-2,43)	1,15 (0,94-1,40)	
Setor de trabalho no HC				
1 (serviço de apoio hosp)	12/20 (60,0)	1	1	p ² = 0,922
2 (unid. especializada)	85/136 (62,5)	1,11 (0,43-2,90)	1,04 (0,71-1,52)	
3 (ambulatório e SPA)	19/35 (54,3)	0,79 (0,26-2,41)	0,90 (0,57-1,45)	
4 (centro cirúrgico e obstét)	26/44 (59,1)	0,96 (0,33-2,83)	0,98 (0,64-1,52)	
5 (UTI)	22/38 (57,9)	0,92 (0,30-2,76)	0,96 (0,62-1,51)	
Mudança de setor				
1 (não)	149/ 252 (59,1)	1	1	p ² = 0,269
2 (sim)	15/21 (71,4)	1,73 (0,6 - 5,23)	1,21 (0,9 - 1,61)	
Outros vínculos de emprego				
Variável agrupada				
1 (sem vínculo)	59/114 (51,8)	1	1	p ² = 0,018
2 (com vínculo)	105/159 (66)	1,81 (1,07 - 3,07)	1,28 (1,03 - 1,57)	
Capacidade para o trabalho em relação aos outros vínculos				
Variável agrupada				
1 (muito baixa/baixa/moderada)	24/37 (64,9)	1	1	p ² = 0,125
2 (boa)	63/94 (67,0)	1,10 (0,49-2,45)	1,03 (0,78-1,36)	
3 (muito boa)	18/28 (64,3)	0,98 (0,35-2,72)	0,99 (0,69-1,43)	

Nota: ¹ n= numerador, número de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença; N= denominador em cada categoria.

²p= p-valor do teste qui quadrado

³p= p-valor para o teste qui quadrado com correção de Yates.

5.2.4 Variáveis sócio-demográficas e absenteísmo por doença

A associação entre as variáveis sócio-demográficas e absenteísmo está apresentada na tabela 17. A chance de ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença nas mulheres foi 12% maior quando comparada a chance nos homens (associação estatística não significativa).

Em relação à idade dos indivíduos, a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença foi maior naqueles entre 23 a 37 anos em comparação aos indivíduos com faixas etárias superiores, mas sem significância estatística (tabela 17).

Entre aqueles que relataram serem casados, terem nível superior completo e exercerem a função de auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, as chances de ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença foram respectivamente 16%, 42% e 53% maiores quando comparadas aos grupos de referência, mas sem significância estatística (tabela 17).

Comparando aqueles que não tinham filhos, a proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença foi 35% maior entre aqueles que tinham de 3 a 7 filhos (associação estatisticamente significativa, com RP I.C. 95% igual a 1,01 - 1,80).

Tabela 17 Associação entre as variáveis sócio-demográficas e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença na amostra. Recife, 2009

Variáveis de Estudo	Desfecho Absenteísmo por Doença N= 273 (Amostra Analisada)			
	n / N ¹ (%)	OR (95% I. C.)	RP (95% I.C.)	P ² - Valor
Sexo				
1 (mas)	19/33 (57,6)	1	1	p= 0,755
2 (fem)	145/240 (60,4)	1,12(0,5 - 2,51)	1,05 (0,77 - 1,43)	
Idade em anos				
1 (23-37)	54/77 (70,1)	1	1	p= 0,102
2 (38-52)	83/149(55,7)	0,54 (0,30-0,96)	0,79 (0,65-0,97)	
3 (53-68)	27/47(57,4)	0,58 (0,27-1,23)	0,82 (0,62-1,09)	
Estado civil				
Variável agrupada				
1 (solteiro)	46/77 (59,7)	1	1	p= 0,470
2 (casado)	84/133 (63,2)	1,16 (0,65-2,05)	1,06 (0,84-1,32)	
3 outros	34/63 (54,0)	0,79 (0,40-1,55)	0,90 (0,67-1,21)	
Número de filhos				
0 (0)	40/75 (53,3)	1	1	p= 0,154
1 (1)	40/60 (66,7)	1,75 (0,87-3,53)	1,25 (0,95-1,65)	
2 (2)	56/99 (56,6)	1,14 (0,62-2,08)	1,06 (0,81-1,39)	
3 (3-7)	28/39 (71,8)	2,23 (0,97-5,12)	1,35 (1,01-1,80)	
Nível de escolaridade				
Variável agrupada				
1 (auxiliar/técnico)	57/95 (60,0)	1	1	p= 0,427
2 (superior incompleto)	25/39 (64,1)	1,19 (0,55-2,58)	1,07 (0,80-1,42)	
3 (superior completo)	32/47 (68,1)	1,42 (0,68-2,97)	1,13 (0,88-1,47)	
4 (especialização/ mestrado/ doutorado)	50/92 (54,3)	0,79 (0,44-1,42)	0,91 (0,71-1,16)	
Função que exerce no HC				
Variável agrupada				
1(enfermeiro)	39/73 (53,4)	1	1	p= 0,131
2(técnico/ auxiliar)	121/190 (63,7)	1,53 (0,88-2,64)	1,19 (0,94-1,51)	
3(atendente)	4/10 (40,0)	0,58 (0,15-2,23)	0,75 (0,34-1,65)	

Nota: ¹ n= numerador, número de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença; N= denominador em cada categoria.

² p= p-valor do teste qui quadrado

5.3 Análise de associação entre condições estressantes de trabalho e absenteísmo por doença ajustada separadamente por outras variáveis e por todas juntas

A tabela 18 apresenta a associação entre proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença e condições estressantes de trabalho (modelo demanda-controle) por algumas variáveis do estudo. Para esta análise estratificada selecionaram-se as

seguintes variáveis que tiveram p-valor menor que 0,25 para a associação estatística com o desfecho (tabelas 15, 16 e 17): “apoio social”, “número de filhos”, “função” e “outros vínculos de emprego”. A variável “apoio dos colegas no trabalho”, apesar de apresentar p-valor igual a 0,165 não foi selecionada para a análise estratificada, pois a mesma já estava integrada à variável “apoio social”. Bem como não foi selecionada a variável “capacidade para o trabalho nos outros vínculos”, pois esta não se referia a toda amostra analisada no estudo, mas apenas aos indivíduos que tinham outro vínculo de trabalho além do vínculo com o Hospital das Clínicas.

A variável idade também não foi selecionada para a análise estratificada, pois apesar de aparente associação com o desfecho ($p < 0,25$), não foi encontrada relação linear entre idade e proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença. A magnitude da associação encontrada diminuiu quando a variável foi categorizada (tabela 17), sendo ainda apresentado valor inverso quando a categoria de 23-37 anos foi dividida em categorias menores. Com base nestas constatações, observou-se que o resultado de associação apresentado pela variável poderia ser fruto de simples artefato numérico.

A proporção de ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença entre os profissionais de enfermagem com trabalho passivo foi 18% maior em relação àqueles com trabalho de baixo desgaste (grupo de referência), mas sem significância estatística. Quando ajustado separadamente pelo efeito do “apoio social”, “função” e “outros vínculos de emprego” esta associação, embora não significativa, decresceu para 16% maior. Ao ajustar pelo efeito do “número de filhos”, a proporção dos indivíduos que se ausentaram do serviço por doença passou de 18% (RP bruta) para 19% maior em comparação ao grupo de referência (associação estatística não significativa). Os indivíduos que tinham 2 filhos apresentaram maior proporção de afastamento do trabalho por doença quando comparados àqueles que não tinham filhos (I.C. 95% 1,08-2,53) (Tabela 18).

Considerando os indivíduos com trabalho ativo, a proporção dos que se afastaram do trabalho por motivo de doença foi 14% menor quando comparados àqueles que tinham baixo desgaste no trabalho (associação estatística não significativa). Ao ajustar pelo efeito do apoio social e pelo número de filhos esta associação, ainda que não significativa, diminuiu para 18% menor e 16% menor respectivamente (Tabela 18).

A proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença entre os profissionais que tinham alto desgaste no trabalho foi 12% maior quando comparados àqueles que tinham baixo desgaste, mas sem significância estatística. Esta proporção permaneceu a mesma quando ajustada pela variável “outros vínculos de emprego”. Resultado

semelhante também ocorreu com o ajuste pelas variáveis “apoio social” e “função”. Ao ajustar pelo efeito do “número de filhos”, a proporção dos indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença passou de 12% (RP bruta) para 14% maior em comparação ao grupo de referência (associação estatística não significativa) (Tabela 18).

A razão de prevalência bruta da variável de exposição mostrou-se semelhante às razões de prevalência ajustadas separadamente pelas variáveis “apoio social”, “número de filhos”, “função” e “outros vínculos de emprego”. A comparação entre as duas estimativas da RP (bruta e ajustada) separadamente para cada uma destas variáveis demonstrou uma diferença menor que 5%, com exceção da categoria “alto desgaste no trabalho” e presença de “outros vínculo de emprego”, cujos valores foram iguais para a RP bruta e a RP ajustada. Estes resultados não sugeriram evidências para a presença de confundimento na análise.

Em relação a variável “apoio social”, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as razões de prevalência dentro de cada estrato da variável, sugerindo assim que não houve modificação do efeito de associação pelo apoio social entre condições estressantes de trabalho e proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença.

Tabela 18 Análise estratificada para associação entre condições estressantes de trabalho e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença. Recife, 2009

Variáveis de exposição	Prevalência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença e condições estressantes de trabalho em cada categoria n/N (%)			
	Condições Estressantes de Trabalho			
	1=Baixo Desgaste (ref.)	2= Trabalho Ativo	3=Trabalho Passivo	4= Alto Desgaste
Amostra Analisada	38/66(57,6)	33/67(49,3)	51/75(68,0)	42/65(64,6)
<i>RP bruto (95% I.C.)</i>	1	0,86(0,62-1,18)	1,18(0,91-1,53)	1,12(0,85-1,48)
Apoio Social				
Alto	20/38(52,6)	11/31(35,5)	21/31(67,7)	14/20(70,0)
<i>RP bruto (95% I.C.)</i>	1	0,67(0,38-1,18)	1,29(0,87-1,90)	1,33(0,88-2,02)
Baixo	18/28(64,3)	22/36(61,1)	30/44(68,2)	28/45(62,2)
<i>RP bruto (95% I.C.)</i>	1	0,95(0,65-1,39)	1,06(0,75-1,49)	0,97(0,68-1,38)
<i>RP ajustada (95% I.C.)</i>	1	0,82(0,59-1,13)	1,16(0,90-1,50)	1,11(0,84-1,45)
<i>Comparação da RP bruta e ajustada (%)</i>	1	4,9	1,7	0,9
Função				
Enfermeiro	10/20(50,0)	12/30(40,0)	9/13(69,2)	8/10(80,0)
<i>RP bruto (95% I.C.)</i>	1	0,80(0,43-1,49)	1,38(0,78-2,45)	1,60(0,94-2,74)
Téc. e/ou aux. de enferm.	27/44(61,4)	21/36(58,3)	41/60(68,3)	32/50(64,0)
<i>RP bruto (95% I.C.)</i>	1	0,95(0,66-1,37)	1,11(0,83-1,49)	1,04(0,76-1,43)

Continuação da tabela 18

Análise estratificada para associação entre condições estressantes de trabalho e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença. Recife, 2009

Atendente de enfermagem	1/2(50,0)	0/1(0,0)	1/2(50,0)	2/5(40,0)
<i>RP bruto (95% I.C.)</i>	1	0	1,00(0,14-7,10)	0,80(0,14-4,62)
<i>RP ajustada (95% I.C.)</i>	1	0,88(0,64-1,21)	1,16(0,90-1,51)	1,13(0,87-1,48)
<i>Comparação da RP bruta e ajustada (%)</i>	1	2,3	1,7	0,9
Outros vínculos de emprego				
Sem vínculo (trabalha apenas no Hospital das Clínicas)				
<i>RP bruto (95% I.C.)</i>	14/28(50,0)	14/33(42,4)	16/27(59,3)	15/26(57,7)
	1	0,85(0,49-1,46)	1,19(0,73-1,92)	1,15(0,70-1,89)
<i>RP ajustada (95% I.C.)</i>	1	0,87(0,63-1,19)	1,16(0,90-1,51)	1,12(0,85-1,47)
<i>Comparação da RP bruta e ajustada (%)</i>	1	1,1	1,7	--
Filhos				
Nenhum				
<i>RP bruto (95% I.C.)</i>	7/13(53,8)	4/12(33,3)	12/21(57,1)	17/29(58,6)
	1	0,62(0,24-1,59)	1,06(0,57-1,98)	1,09(0,60-1,96)
1	11/16(68,8)	10/16(62,5)	11/16(68,8)	8/12(66,7)
<i>RP bruto (95% I.C.)</i>	1	0,91(0,55-1,50)	1,00(0,63-1,60)	0,97(0,58-1,63)
2	14/29(48,3)	11/28(39,3)	20/25(80,0)	11/17(64,7)
<i>RP bruto (95% I.C.)</i>	1	0,81(0,45-1,48)	1,66(1,08-2,53)	1,34(0,80-2,24)
3-7	6/8(75,0)	8/11(72,7)	8/13(61,5)	6/7(85,7)
<i>RP bruto (95% I.C.)</i>	1	0,97(0,57-1,66)	0,82(0,46-1,48)	1,14(0,69-1,89)
<i>RP ajustada (95% I.C.)</i>	1	0,84(0,61-1,14)	1,19(0,93-1,54)	1,14(0,87-1,50)
<i>Comparação da RP bruta e ajustada (%)</i>	1	2,4	0,8	1,7

Nota: ¹ Comparação RP bruta obtida na amostra com a RP ajustada pela variável analisada, em percentual (%) = (bruto - ajustado)/ajustado x 100. Ex: (0,86-0,82)/0,82 x 100= 4,2

Considerando a análise de associação entre desfecho e exposição principal ajustada simultaneamente para as variáveis “outros vínculos de emprego”, “apoio social”, “função” e “número de filhos”, observou-se que a proporção dos indivíduos com trabalho ativo que se afastaram do serviço por motivo de doença passou de 14% menor (RP bruta) para 8% menor quando comparados aos indivíduos com trabalho de baixo desgaste. Já a proporção dos indivíduos com trabalho passivo que tiveram um ou mais episódios de absenteísmo por doença passou de 18% maior (RP bruta) para 19% maior em relação ao grupo de referência. E

a proporção dos indivíduos com trabalho de alto desgaste diminui de 12% maior (RP bruta) para 8% maior quando comparados ao grupo de referência (associação estatística não significativa) (Tabela 19).

A tabela 19 mostra a associação entre condições estressantes de trabalho e proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo, ajustada pelas quatro variáveis acima referidas. O ajuste foi feito através da técnica de Mantel Haenszel, inserindo as 4 variáveis como 4 estratos.

Tabela 19 Análise de associação entre condições estressantes de trabalho e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença ajustada por outras variáveis. Recife, 2009

Exposição Principal	Absenteísmo (Sim/Não)	RP Bruta (I.C. 95%)	RP Ajustada (I.C. 95%)
		Todas as Variáveis Juntas	
1= Baixo Desgaste	38/28	1	1
2= Trabalho Ativo	33/34	0,86(0,62-1,18)	0,92 (0,62-1,37)
3= Trabalho Passivo	51/24	1,18(0,91-1,53)	1,19 (0,89-1,60)
4= Alto Desgaste	42/23	1,12(0,85-1,48)	1,08 (0,77-1,51)

A partir dos resultados apresentados pela pesquisadora, foi possível organizá-los de forma resumida em cinco principais achados exibidos a seguir:

1- Mais da metade (60,1%) dos 273 profissionais de enfermagem analisados tiveram pelo menos um episódio de absenteísmo por doença em 2009;

2- Os 4 principais grupos de doenças que levaram os indivíduos do estudo a um ou mais episódios de absenteísmo foram: as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (25,3%), as doenças dos olhos e anexos, ouvido e apófise mastóide (13,2%), as doenças infecciosas e parasitárias (12,8%) e as doenças do sistema respiratório (10,8%);

3- Não foram observadas associações estatisticamente significantes entre as variáveis do estudo e a proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença, exceto para aqueles que tinham de 3 a 7 filhos, tinham outros vínculos de emprego e controle no trabalho;

4- Os indivíduos com baixo apoio social (56%) predominaram na amostra analisada. Não foi observada modificação do efeito de associação pela variável apoio social entre condições estressantes de trabalho e proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença;

5- Trabalho passivo foi a categoria majoritária dos indivíduos analisados (27,5%). Não foi observada associação estatística significativa entre exposição às condições estressantes de trabalho (modelo demanda-controle) e proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença.

6 DISCUSSÃO

Quando comparados os resultados do presente estudo com os de outros estudos apresentados na tabela 20, observa-se o quanto os profissionais de enfermagem são acometidos por agravos à saúde com consequente afastamento do serviço. Estes agravos muitas vezes podem surgir em decorrência das condições estressantes de trabalho (PRIMO, 2008).

A tabela 20 compara os resultados do presente estudo com os de outros estudos que tiveram frequência acima de 50% para ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença.

Tabela 20 Comparação dos resultados do presente estudo com os de outros estudos realizados no Brasil sobre absenteísmo por doença entre profissionais de saúde. Recife, 2009

LOCAL E ANO DO ESTUDO	AMOSTRA		RESULTADO
	n	Profissionais de saúde	
Presente Estudo Recife/ 2009	273	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • 164 (60,1%) se ausentaram por doença; • 376 episódios de absenteísmo por doença.
Paraná/ 1997-1998 ¹	199	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • 173 (87%) se ausentaram por motivos diversos; • 150 (75%) ausentaram por doença; • 494 episódios de absenteísmo por doença.
Minas Gerais/ 1999 ²	1060	Enfermagem e outros	<ul style="list-style-type: none"> • 838 (79,1%) se ausentaram por doença; • 1945 episódios de absenteísmo por doença; • 51,1% do total de licenças médicas foram para os trabalhadores de enfermagem.
São José do Rio Preto-SP/ 1999 ³	700	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • 333 (47,6%) se ausentaram por motivos diversos; • 662 episódios de absenteísmo: 88,4% foram de agravos à saúde.
Montes Claros - MG/ 2000- 2004 ⁴	143	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • 565 episódios de absenteísmo por doença gerados pelos 143 profissionais.
Minas Gerais/ 2000 ⁵	965	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • 1364 episódios de absenteísmo por doença; • 556 (57,6%) se ausentaram por doença.
Belo Horizonte-MG/ 2002 ⁶	2500	Enfermagem e outros	<ul style="list-style-type: none"> • 78,1% do total de licenças médicas foram para os trabalhadores de enfermagem.
Minas Gerais/ 2006 ⁷	2790	Enfermagem e outros	<ul style="list-style-type: none"> • 63% dos trabalhadores de enfermagem se ausentaram por doença.
São Paulo/ 2007 ⁸	647	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • 362 (56%) se ausentaram por doença; • 867 episódios de absenteísmo por doença.

Fonte: ¹ Silva e Marziale (2002); ² Godoy (2001); ³ Barboza e Soler (2003); ⁴ Costa, Vieira e Sena (2009); ⁵ Reis, Rocca, et al (2003); ⁷ Primo (2008); ⁸ Sancinetti (2009)

Sobre a contribuição da sazonalidade no aparecimento de doenças, sabe-se que o aumento na frequência de determinadas enfermidades pode ser influenciado pela presença de alguns fatores climáticos. Por exemplo, a maior precipitação pluviométrica durante alguns meses do ano pode levar ao aparecimento de epidemias de doenças infecciosas, tais como a leptospirose, que “[...] é uma doença de veiculação hídrica disseminada pela água das inundações, em regiões onde a coleta de lixo é precária e os roedores do esgoto são abundantes” (CONFALONIERI, 2003, p. 195).

Estudos mostraram que a variação sazonal pode influenciar no surgimento de enfermidades, principalmente aquelas ligadas a questões climáticas, aumentando a frequência de episódios de absenteísmo por doença (URASHIMA; SHINDO; OKAB, 2003; RIO; GALLO; SIQUEIRA, 2002).

Cento e sessenta e quatro (164) profissionais de enfermagem tiveram 376 episódios de afastamento do serviço por doença. Fica claro que um mesmo indivíduo pôde ter mais de uma ocorrência de absenteísmo durante o ano de 2009. Outros estudos mostrados na tabela 20 também apresentaram um número maior de episódios de afastamento do trabalho por doença em comparação ao número de indivíduos.

Apenas um profissional teve mais de 10 episódios com longo período de afastamento do trabalho. As condições patológicas apresentadas como causa do afastamento para este profissional foram: dor lombar, desnutrição na gravidez, trabalho de parto prematuro e infecção viral não específica. Destas apenas a dor lombar e o trabalho de parto prematuro tiveram caráter crônico. Segundo Gehring Junior et al (2007), indivíduos com doenças de longo período de duração normalmente permanecem afastados do trabalho, mesmo após o término da licença médica, por se encontrarem impossibilitados de executar suas tarefas diárias.

A tabela 21 compara as proporções dos principais grupos de doenças do presente estudo com os de outros estudos realizados no Brasil. Apesar das frequências dos 4 principais grupos de doenças serem pouco semelhantes quando comparadas as de outros estudos, verifica-se que, isoladamente ou em conjunto, as doenças do sistema respiratório, do sistema osteomuscular, do sistema dos órgãos dos sentidos e as doenças infecciosas e parasitárias estão entre as principais causas de absenteísmo de todos os estudos apresentados na tabela.

Tabela 21 Comparação dos resultados do presente estudo com os de outros estudos realizados no Brasil sobre os grupos de doenças mais frequentes entre as causas de absenteísmo nos profissionais de enfermagem. Recife, 2009

AUTOR(ANO)/ ANO DO ESTUDO	PRINCIPAIS GRUPOS DE DOENÇAS		FREQ (%)
	CID- 10	EXEMPLOS	
Presente Estudo	Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Transtorno articular, lesão de ombro, dorsalgia, sinovite, etc.	25,3
	Olhos e anexos, ouvido e apófise mastóide	Catarata, conjuntivite, iridociclite, transtorno da pálpebra, etc.	13,2
	Doenças infecciosas e parasitárias	Infecção viral, gastroenterite, varicela, herpes zoster.	12,8
	Sistema respiratório	Influenza, sinusite, asma, pneumonia, faringite, etc.	10,8
SILVA, MARZIALE (2002)/ 1997- 1998	Sistema respiratório	Infecção de vias superiores, asma, orofaringite e pneumonia.	16,6
	Sistema geniturinário	Cólica renal, nefrite, cistite.	11,7
	Sistema dos órgãos dos sentidos	Conjuntivite, otite, transtorno da visão e gengivite.	11,2
	Sistema digestivo	Diarréia, gastroenterite não infecciosa, gastrite, esofagite.	10,3
	Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Cervicombalgia, fraturas e contusões em membros.	8,8
BARBOZA, SOLER (2003)/ 1999	Sistema geniturinário e reprodutor	----	18,8
	Sistema respiratório	----	13,1
	Sistema digestivo	----	8,5
	Sistema neurológico e transtornos mentais	----	8,2
	Doença infecciosa e parasitária	----	7,3
COSTA, VIEIRA, SENA (2009)/ 2000- 2004	Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	----	24,0
	Sistema respiratório	----	14,3
	Sistema cardiovascular	----	8,5
REIS, ROCCA, <i>et al</i> (2003)/ 2000	Sistema respiratório	----	17,6
	Sistema osteomuscular	----	14,0
	Doença infecciosa e parasitária	----	7,5
PRIMO (2008)/ 2006	Sistema respiratório	Infecção de vias aéreas superiores, influenza e pneumonia	16,2
	Sistema osteomuscular	Dorsopatias, transtornos dos tecidos moles, artropatias	14,7
	Sistema neurológico e transtornos mentais	Transtornos de humor, neuróticos, do estresse e somatoformes	10,6
	Doença infecciosa e parasitária	Enterite infecciosa	8,9
SANCINETTI (2009)/ 2007	Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Transtornos dos tecidos moles, da sinóvia e dos tendões, dorsopatias.	23,0
	Sistema respiratório	Amigdalite	15,4
	Doenças infecciosas e parasitárias	Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa	8,9

Sinais e sintomas típicos que normalmente geram absenteísmo, tais como epigastralgia, irritabilidade, fadiga, desconforto do sistema músculo-esquelético podem ser provocados pelo estresse causado pelas más condições de trabalho. Condições estas que podem ser traduzidas pela pouca autonomia no trabalho, excesso de cobranças, falta de reconhecimento, repetitividade de tarefas, entre outros (HOGA, 2002 *apud* COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

6.1 Características da amostra e absenteísmo por doença

A predominância do sexo feminino na amostra corrobora com a tendência da profissão, a qual apresenta principalmente as mulheres no exercício da enfermagem. Uma das explicações para este fato pode estar na sua herança histórica. No passado, cabia à mulher “curandeira” a assistência aos doentes. Neste tempo, houve muita perseguição a estas mulheres por parte da igreja, que as julgava bruxas e feiticeiras. Impossibilitadas de assistir aos doentes, o cuidado passou então a ser concentrado nas mulheres religiosas e piedosas da época. Tempos depois, o trabalho feminino continuou sendo majoritário na enfermagem, pois “como o hospital era considerado espaço privilegiado para a profissionalização do trabalho doméstico, as mulheres foram assumindo esse campo, principalmente como profissionais da enfermagem” (AMESTOY; CESTARI; THOFEHRN; et al, 2010; BARBOSA; SOLER, 2003; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009, p. 42).

Pesquisas publicadas sobre absenteísmo por doença entre os trabalhadores de enfermagem ratificaram o predomínio da mulher na profissão (BARBOSA; SOLER, 2003; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; SILVA; MARZIALE, 2000; SIU, 2002; REIS; ROCCA; et al, 2003). No presente estudo, a diferença observada entre sexo e proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença não foi estatisticamente significativa. Achado semelhante foi encontrado no estudo de Sancinetti (2009). Entretanto, outros estudos, realizados tanto na rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS) como na rede hospitalar, mostraram que, entre os profissionais de enfermagem que apresentaram pelo menos um episódio de absenteísmo por doença, as mulheres tiveram maior proporção de afastamentos em comparação com os homens (GEHRING JUNIOR et al, 2007; BARBOZA; SOLER, 2003; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; REIS; ROCCA, et al, 2003; GODOY, 2001; PRIMO; 2008).

Geralmente as mulheres exercem múltiplas funções (por exemplo, conciliam o trabalho doméstico com o trabalho secular, exercendo a função de mulher, mãe, profissional). Esta sobrecarga de trabalho pode se manifestar em desgastes físicos e mentais, elevando os níveis de estresse e conseqüente afastamento do serviço por agravos à saúde. Além disto, doenças endócrinas e doenças ligadas ao aparelho reprodutor acabam também aumentando a frequência de episódios de absenteísmo entre as mulheres (BARBOSA; SOLER, 2003; GEHRING JUNIOR et al, 2007).

A faixa etária mais jovem foi a que concentrou maior proporção de afastamentos do trabalho por motivo de doença. Embora a diferença entre a faixa etária e a ocorrência do desfecho não tenha sido significativa no presente estudo, foi observada em uma pesquisa realizada num hospital universitário com 965 profissionais de enfermagem, que os homens com idade inferior a 36 anos se afastavam mais do trabalho quando comparados com os homens acima de 36 anos (REIS; ROCCA; et al, 2003).

Em contrapartida Costa, Vieira e Sena (2009), em seu estudo apresentaram um intervalo de idade maior (de 38 a 45 anos) para os indivíduos que mais se ausentaram do trabalho por doença. Em outro estudo realizado com 4307 profissionais de enfermagem em 23 instituições de saúde de Minas Gerais, a maioria dos afastamentos do trabalho por doença foi entre os indivíduos de 40 a 49 anos (MUROFUSE, 2004).

A partir dos resultados sobre o estado civil e número de filhos, observou-se o predomínio, na amostra analisada, dos casados e dos indivíduos com até 2 filhos. Silva e Marziale (2000) encontraram resultados semelhantes quando investigaram o absenteísmo por doença entre os profissionais de enfermagem de um hospital universitário do Paraná, onde 52,3% dos profissionais eram casados e 68,3% tinham filhos.

Estudo realizado por Costa, Vieira e Sena (2009) mostrou que a maior proporção de afastamentos do trabalho por agravo à saúde estava entre os profissionais de enfermagem que tinham 2 filhos (30,8%) e também dos profissionais casados (52,3%). Nesse sentido, as obrigações domésticas, a atenção dada aos filhos, bem como a preocupação com o seu bem estar podem levar a uma sobrecarga mental com prejuízo para a saúde do trabalhador. Este desgaste físico e mental pode culminar no afastamento do profissional de suas funções.

Em relação à categoria profissional, a classe de enfermagem majoritária foi a dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. Com destaque para aqueles que tinham nível superior completo ou incompleto ou pós-graduação e continuavam atuando no Hospital das Clínicas como atendentes, auxiliares ou técnicos de enfermagem. Presume-se, a partir de relatos verbais dos indivíduos do estudo, que muitos destes profissionais preferiram não serem

promovidos para outra categoria profissional por não receberem a equiparação salarial da nova função, ou seja, as obrigações e responsabilidades aumentariam com o novo cargo, mas sem a justa correspondência salarial.

Apesar disto, foi possível verificar que um pouco mais da metade da amostra analisada de atendentes, auxiliares ou técnicos de enfermagem estava cursando o nível superior ou já o tinham concluído. Estes achados refletem a busca da equipe de enfermagem por um maior grau de cientificização profissional. Segundo dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), em 2009 existiam 2314 instituições brasileiras de educação superior (acréscimo de 62 instituições em relação ao ano de 2008), destas 2314 instituições, 100 estavam localizadas em Pernambuco. Só em 2009, no Brasil foram mais de 81300 concluintes em cursos de graduação presenciais. O aumento do número de escolas de educação superior veio acompanhado também da maior oferta dos cursos de enfermagem (BRASIL, 2010).

Desde a segunda metade do século XX, a quantidade de cursos de enfermagem de nível superior vem crescendo e cada vez mais se observam profissionais de nível médio em enfermagem cursando a graduação. Entre as razões apontadas por estes profissionais na escolha da graduação, destaca-se o fato do curso de enfermagem possibilitar ao aluno maior embasamento científico para a prática do cuidado e promoção profissional futura para aqueles que já trabalham na área (BRASIL, 2010; MEDINA; TAKAHASHI, 2003; ZANEI, 1995).

No presente estudo, não foi observada associação entre categoria profissional e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença. Já resultados apresentados nos estudos de Murofuse (2004), Gehring Junior et al (2007), Reis, Rocca, et al (2003), Primo (2008), Sancinetti (2009) e Barboza e Soler (2003) mostraram que auxiliares e técnicos de enfermagem se afastavam mais do trabalho por motivo de doença do que os enfermeiros.

Segundo Reis, Rocca, et al (2003), uma das possíveis razões para a menor frequência de episódios de absenteísmo por doença entre os enfermeiros em relação aos auxiliares e técnicos de enfermagem, ocorre devido à função de chefia exercida pelos enfermeiros dentro da equipe de enfermagem, pois os mesmos acabam sendo imbuídos de maiores responsabilidades e deveres burocráticos, sentindo-se assim mais cobrados quanto a sua presença no serviço. Isso pode, muitas vezes, fazer com que estes profissionais mesmos doentes venham trabalhar, diminuindo a frequência de episódios de absenteísmo dentro da categoria. Outra possível razão refere-se ao maior tempo gasto com as atividades administrativas em detrimento da assistência ao paciente. Esse menor contato com o paciente poderia diminuir o risco de

transmissão das doenças dos clientes internados para os enfermeiros, reduzindo consequentemente também a frequência de episódios de absenteísmo por doença nesta classe.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a capacidade para o trabalho nos outros vínculos e a ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença. Estes achados diferem dos resultados apresentados por Martinez, Latorre e Fischer (2009), que mostraram que trabalhadores com deficiência na capacidade para o trabalho apresentaram maior ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença quando comparados aos demais trabalhadores.

6.2 Apoio social no trabalho e absenteísmo por doença

A predominância do baixo apoio social no processo de trabalho sugere que os relacionamentos sócio-emocionais entre colegas e chefia do trabalho podem estar comprometidos. Neste estudo, não foi observada associação entre apoio social e proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença. Nem tão pouco foi observado modificação do efeito de associação entre condições estressantes de trabalho e proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença pela variável apoio social. Achado semelhante foi encontrado no estudo de Araújo, Aquino, et al (2003) sobre associação entre o modelo demanda-controle e distúrbios psíquicos menores nos profissionais de enfermagem.

Outro estudo realizado com os profissionais de enfermagem da rede básica de saúde, mostrou que o baixo apoio social refletido pelo trabalho profissional isolado ou desarticulado com os demais colegas favorecia o sofrimento mental com consequente aumento do número de afastamentos ao trabalho (GEHRING JUNIOR et al, 2007).

6.3 Características do trabalho profissional e absenteísmo por doença

Um pouco mais da metade da amostra apresentou carga horária semanal de trabalho entre 25 a 44 horas. Estes resultados se assemelham aos achados apresentados por Gehring Junior et al (2007), onde a jornada de trabalho semanal foi de 30 a 36 horas para todos os

profissionais de enfermagem. As diferenças nas proporções de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença e carga horária não foram estatisticamente significantes.

Quase todos os indivíduos do estudo exerciam a profissão de enfermagem há mais de 5 anos. Outras pesquisas mostraram também predominância do tempo de profissão superior a 5 anos, porém com resultados diferentes aos apresentados pela autora (PRIMO, 2008; GEHRING JUNIOR et al, 2007; SANCINETTI, 2009). Acredita-se que a deficiência na abertura de concurso para preenchimento das vagas de enfermagem disponíveis contribuiu para a menor frequência de trabalhadores com menos tempo de profissão no hospital, uma vez que não há renovação dos profissionais com mais tempo de serviço pelos profissionais concursados menos experientes.

As unidades especializadas foram o setor que mais concentrou profissionais de enfermagem. Isto pode ser explicado pelo fato destas unidades abrigarem grande quantidade de pacientes e, portanto requererem maior quantitativo de funcionários. Este achado corroborou com o resultado do estudo de Sancinetti (2009).

Cada setor hospitalar possui graus diferenciados de riscos ocupacionais (físicos, químicos e psicossociais) que podem causar problemas de saúde e, como consequência, aumentar a proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009). Não foram observadas diferenças significativas entre setor de trabalho e ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença. Como também não foi observada associação entre o desfecho e rotatividade de setor.

Neste estudo, um pouco mais da metade da amostra analisada tinha mais de um vínculo empregatício, fato comum visualizado também no estudo de Costa, Vieira e Sena (2009). Foi encontrada associação entre vínculo de emprego e maior proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença. Esta associação pode ser explicada porque profissionais com mais de um vínculo empregatício podem ter maior desgaste físico e mental, além de ter seu período de repouso prejudicado pelo tempo dispensado nas atividades do trabalho, resultando em maior prejuízo à sua saúde (NASCIMENTO, 2003, *apud* COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Embora as diferenças encontradas nas proporções de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença e turno de trabalho não tenham tido significância estatística, Barbosa e Soler (2003) comentam que turnos alternados de trabalho estão relacionados aos riscos psicossociais, podendo causar agravos à saúde dos profissionais de enfermagem e consequente afastamento deste do trabalho. Profissionais que trabalham durante a noite podem apresentar problemas de caráter psíquico (dificuldades de

concentração) e de caráter emocional (dificuldades nos relacionamentos com os familiares por causa do horário de trabalho pouco conveniente). Estes problemas podem gerar grande desgaste psicoemocional aos trabalhadores, predispondo-os ao absenteísmo por doença (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

6.4 Associação entre condições estressantes de trabalho (modelo demanda-controle) e absenteísmo por doença

Entre as categorias do modelo demanda-controle, trabalho passivo foi a categoria majoritária nos indivíduos do estudo. Este resultado corroborou com o achado de Schmidt, Dantas, et al (2009), que apresentaram a categoria de exposição intermediária ao estresse ocupacional (trabalho passivo e trabalho ativo) como a predominante entre os profissionais de enfermagem.

Embora os profissionais com trabalho passivo tivessem maior proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença, esta associação não foi estatisticamente significativa. Conforme Magnago, Lisboa e Griep (2009, p. 121) depois do trabalho de alto desgaste, trabalho passivo é a condição estressante de trabalho mais maléfica para a saúde do trabalhador. Isso porque “o trabalhador sente-se num estado de apatia seja pela ausência de desafios significantes, seja pela rejeição às suas iniciativas de trabalho”.

Considerando a dimensão demanda, a diferença entre as proporções foi pequena para os grupos de alta (48,4%) e baixa (51,6%) demanda no trabalho. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre demanda no trabalho e ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença. Apesar destes achados, estudos tem demonstrado que quando o indivíduo não consegue responder adequadamente as situações de altas demandas, o estresse pode se estabelecer. Se este efeito for prolongado, o indivíduo pode apresentar prejuízos físicos e mentais, comprometendo assim sua saúde. Logo quanto maior a carga psíquica (demanda) dentro dos serviços de saúde, maior a probabilidade dos profissionais de enfermagem se afastarem do trabalho por motivo de doença (GEHRING JUNIOR et al, 2007; ARAÚJO; AQUINO; et al, 2003).

Em relação à dimensão controle, a diferença entre as proporções foi pequena para os grupos de alto (48,7%) e baixo (51,3%) controle no trabalho. Em relação às sub-dimensões, a proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença foi maior para

aqueles que tinham baixo “discernimento intelectual” e “autoridade sobre decisões” no trabalho (baixo controle). Isto pode ser explicado porque a hegemonia das ações médicas dentro do ambiente hospitalar quando em conflito com a prática de enfermagem pode limitar a autonomia dos profissionais de enfermagem no exercício de suas funções, diminuindo assim o controle dentro dos processos de trabalho (ARAÚJO; AQUINO; et al, 2003).

Araújo, Aquino, et al (2003) demonstraram que trabalhadoras de enfermagem com baixo controle tiveram maior prevalência de distúrbios psíquicos menores quando comparadas as demais. Karasek (2008) também demonstrou que o baixo controle no trabalho poderia ser um fator contribuinte importante para o desenvolvimento de doenças crônicas.

Neste estudo, a hipótese de que os indivíduos expostos às condições estressantes de trabalho (modelo demanda-controle) se afastavam mais do serviço por motivo de doença não foi comprovada. Alves (2004) também estudando o modelo demanda-controle entre os profissionais de enfermagem não encontrou associação entre o estresse ocupacional e a ocorrência de hipertensão arterial. Este achado difere de outros estudos que encontraram associação entre estresse ocupacional e ocorrência de distúrbios psíquicos menores (ARAÚJO; AQUINO; et al, 2003) e estresse ocupacional e estado de saúde auto-referido (GRIEP; ROTENBERG; et al, 2011).

É importante ressaltar que Karasek (2008), autor do modelo demanda - controle, refere-se às doenças do sistema cardiovascular, aos distúrbios mentais e às doenças do sistema osteomuscular como enfermidades potencialmente relacionadas ao estresse ocupacional. Tais enfermidades muitas vezes podem causar o afastamento do profissional ao trabalho. Sendo assim, o fato de não ter sido encontrado neste estudo associação entre condições estressantes de trabalho e proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença não exclui a possibilidade de que esta associação realmente exista.

7 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Os achados do presente estudo, no que se refere à caracterização dos profissionais de enfermagem, foram coerentes com a literatura. Já o resultado relacionado à associação entre condições estressantes de trabalho (modelo demanda-controle) e proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença corroborou com os resultados de alguns trabalhos realizados. A maioria dos estudos apresentaram achados diferentes aos apresentados pela autora. Isto pode ter acontecido em função do tamanho de amostra que não foi suficiente para obter estimativas mais precisas e significantes e testar a associação entre exposição e desfecho. O tamanho final da amostra analisada se mostrou pequeno, principalmente para a análise estratificada, o que dificultou a interpretação estatística dos dados.

O fato da presente pesquisa ser um estudo de corte transversal também dificultou a interpretação causal de associação, pois como tal não conseguiu captar a relação temporal entre a exposição e o desfecho. É importante ressaltar que foram levantados dados somente do ano de 2009, o que retratou a organização do trabalho profissional da enfermagem em apenas um momento específico, com observação de cada indivíduo do estudo em um único instante.

A ausência de algumas informações ou informações incompletas geradas pela aplicação do questionário e pelo Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor da UFPE pôde ter resultado também em alguma diferença na estimativa final de prevalência para a variável estudada.

Com relação à versão resumida do JSS utilizada no estudo, reconhece-se que o modelo de questionário adaptado por Theorell não abrange em seu contexto todas as potenciais fontes geradoras de estresse dentro do ambiente de trabalho (ALVES; CHOR; et al, 2004). Ou seja, o questionário trabalha apenas com algumas dimensões dentro das condições estressantes de trabalho. Categoricamente, não era objetivo de Theorell ou mesmo de Karasek contemplar todas as dimensões e aspectos da organização do trabalho que estivessem associados ao estresse, bem como também não foi objetivo deste estudo abranger todas as dimensões do trabalho e suas fontes geradoras de estresse.

É necessário pois que novos estudos sejam realizados sobre o tema, assumindo-se um poder de teste maior com abordagem longitudinal, a fim de estimar a associação entre condições estressantes de trabalho e proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença, como também explorar outros fatores relacionados ao estresse que

não foram considerados neste estudo, tais como: sobrecarga doméstica, renda mensal e tempo de lazer.

O absenteísmo dentro das organizações hospitalares reflete as relações entre trabalho e saúde. Estas relações, por sua vez, se traduzem em impacto na área econômica e social. Espera-se então que outros estudos sejam realizados para análise mais minuciosa do impacto econômico e social causado pelo afastamento do trabalho por motivo de doença.

Ainda, sugere-se, em vista da alta prevalência de ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença detectada no estudo, que as organizações do trabalho possam dedicar maior atenção aos profissionais de enfermagem, investindo em melhores condições de trabalho, produzindo medidas educativas de combate a doenças preveníveis, bem como melhorando o acompanhamento dos profissionais portadores de enfermidades crônicas. Isto tudo fará com que o trabalho passe da situação de agente gerador de sofrimento para agente promotor do bem estar e da realização pessoal do trabalhador, sem prejuízo para sua saúde física e mental.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. G. M. **Pressão no Trabalho: Estresse no Trabalho e Hipertensão Arterial em Mulheres no Estudo Pró-Saúde**. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. 259 p. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/alvesmgmd.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2009.

ALVES, M. G. M.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. S.; WERNECK, G. L. Versão Resumida da "Job Stress Scale": Adaptação para o Português. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n. 2, p. 164-171, abril. 2004.

AMESTOY, S. C.; CESTARI, M. E.; THOFEHRN, M.; LEOPARDI, M. T.; MILBRATH, V. M.; ARRIEIRA, I. C. O. Inserción del cuidado terapéutico en la construcción del conocimiento enfermero. **Enfermería Global**, Murcia, n. 18, fev. 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 fev. 2011.

ARAÚJO, T. M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C. O; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424-433. 2003.

ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003. 2003

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Cartilha do trabalhador de Enfermagem: saúde, segurança e boas condições de trabalho**. Rio de Janeiro: ABEn, 2006. 44 p.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do Trabalho na Enfermagem: Ocorrências com Trabalhadores de um Hospital de Ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 2, março-abril. 2003.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde**, de 11 de novembro de 2005, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2009.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora 15 - Atividades e Operações Insalubres**, de 8 de junho de 1978, Brasília, DF. Disponível em: <

http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_15.pdf >. Acesso em: 12 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Segurança no Ambiente Hospitalar**. Brasília: Departamento de Normas e Técnicas, 1995. 195 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para o Serviço de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde no Brasil, 2001. 580 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Resumo Técnico - Censo da Educação Superior de 2009**. Brasília: Ministério da Educação, 2010. 34 p.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Saúde e Segurança Ocupacional **.Net**. Disponível em: < <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=39> >. Acesso em: 22 jun. 2009.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos Psicossociais Relacionados ao Trabalho das Equipes de Saúde da Família: Percepções dos Profissionais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 502-507, out/dez. 2007.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos Psicossociais no Trabalho que Podem Levar ao Estresse: uma Análise da Literatura. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 232-240, abr/ jun. 2008.

CASTRO, A. P.; LIMONGI, A. C.; MATIAS, A. J.; SALVADOR, A.; CATANANTE, B. L. B.; MILIONI, B.; COUSA, B. T. C.; MACHADO, D. M.; SANTIAGO, G.; ZAIMA, G.; BEMVENUTI, J. C.; RACHED, J. F.; VARELLA, J. M.; GARCIA, J. L. J. F. P.; RICCA, J. L.; MACUCCI, J. V.; CABRERA, L. C.; ROSA, L. E. P.; BOOG, M.; MARCONDES, M. J. T. M.; MARIN, M. N. B. G. M.; CALDAS, M.P.; PEREIRA, M. L. F.; FALCÃO, P.; NADAS, P.; SHINYASHIKI, R.; VENOSA, R.; SPIRI, R. M. P. S.; ESTEVES, S.; OCCHIALINI, S.; BARINI, U.; PICARELLI, V.; TEIXEIRA, V.; SIGOLLO, W. **Manual de Gestão de Pessoas e Equipes**. v. 1. São Paulo: Editora Gente, 2002. 632 p.

CONFALONIERI, U. E. C. Variabilidade climática, vulnerabilidade social e saúde no Brasil. **Terra Livre**, São Paulo, ano 19, v. 1, n. 20, p. 193-204, jan/ jul. 2003.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo Relacionado a Doenças entre Membros da Equipe de Enfermagem de um Hospital Escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 38-44, jan/ fev. 2009.

CRUZ, E. B. S. **Estudo Sobre a Problemática de Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem: Perspectivas para a Vigilância à Saúde**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. 2006. 141 p. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-18102006-085040/>>. Acesso em: 30 set. 2009.

DAVEY, M. M.; CUMMINGS, G.; NEWBURN-COOK, C. V.; LO, E. A. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. **Journal of Nursing Management**, v. 17, n. 3, p. 312–330, abril. 2009.

DATASUS homepage. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2611600000396>. Acesso em: 2 dez. 2009.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana a análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. 145 p.

GEHRING JUNIOR, G.; CORRÊA FILHO, H. R.; VIEIRA NETO, J. D.; FERREIRA, N. A.; VIEIRA, S. V. R. Absenteísmo-Doença entre Profissionais de Enfermagem da Rede Básica do SUS Campinas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 3, setembro. 2007.

GODOY, S. C. B. **Absenteísmo - doença entre funcionários de um hospital universitário**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. 2001. 141p.

GRIEP, R. H.; ROTENBERG, L.; LANDSBERGIS, P.; SILVA, P. R. V. Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 145-152, fevereiro. 2011.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Série Saúde Mental e Trabalho**. v. 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 276 p.

HAAS, V. J.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C.; XELEGATI, R. Riscos Ocupacionais Químicos Identificados por Enfermeiros que Trabalham em Ambiente Hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, março/abril. 2006.

KARASEK, R. Low social control and physiological deregulation - the stress - disequilibrium theory, towards a new demand - control model. **SJWEH Suppl**, n.6, p. 117-135. 2008.

KARASEK, R.; BRISSON, C.; KAWAKAMI, N.; HOUTMAN, I.; BONGERS, P.; AMICK, B. The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 3, n. 4, p. 322-355. 1998.

KIRKCALDY, B. D.; MARTIN, T. Job stress and satisfaction among nurses: individual differences. **Stress Medicine**, v. 16, n. 2, p. 77-89, março. 2000.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs). **Christophe Dejours da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. 2 ed., Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2008. 396 p.

LIMA, M. C.; MARQUES, N. M. **Informática Aplicada à Pesquisa Científica com EPI-INFO**. 2 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. 122 p.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. Estresse, Aspectos Psicossociais do Trabalho e Distúrbios Musculoesqueléticos em Trabalhadores de Enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, janeiro/março. 2009.

MATEOS, J. F. M. **Absentismo Laboral: Causas, Control y Análisis, Nuevas Formas, Técnicas para su Reducción** . 2ed. Madrid: FUNDAÇÃO CONFEMETAL editorial, 2006. 280 p.

MEDINA, N. V. J.; TAKAHASHI, R. T. A busca da graduação em enfermagem como opção dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, dezembro. 2003 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2011.

MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. São Paulo: editora Atheneu, 2002. 493 p.

MILKOVICH, G.T.;BOUDREAU, J. W. **Administração de Recursos Humanos**. São Paulo: Atlas, 2000, 534 p.

MORALES, A. R; ZÁRATE, L. M. **Epidemiología Clínica: Investigación Clínica Aplicada**. Bogotá: Editorial Médica Internacional, 2004. 576p.

MOREIRE, M. A.; SILVEIRA, F. L. **Instrumentos de Pesquisa em Ensino e Aprendizagem: a Entrevista Clínica e a Validação de Testes de papel e Lápis**. Porto Alegre: EDI-PUCRS, 1993. 104 p.

MULATINHO, L. M. **Análise do sistema de gestão em segurança e saúde no ambiente de trabalho em uma instituição hospitalar.** Dissertação de Mestrado. Programa Regional de Pós-Graduação e Meio Ambiente. Fundação de Ensino Superior de Olinda - FUNESO. 2001. 155 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Dissertacao_Mestrado_leticia.pdf>. Acesso em: 30 set. 2009.

MUROFUSE, N. T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho.** Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2004. 298p.

OLIVEIRA, J. **Consolidação das leis Trabalhistas.** 7 ed. São Paulo: Saraiva, 1985. 528 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10 ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

PRIMO, G. M. G. **O Perfil dos Trabalhadores, seu Adoecimento e Absenteísmo em um Hospital Público Universitário.** Dissertação de Mestrado. Pós - Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal em Minas Gerais. 2008. 110 p. Disponível em: <<http://74.125.93.132/search?q=cache:2I3AKkQwpekJ:www.medicina.ufmg.br/saudepublica/dissert/GeraldoPrimo08.pdf+O+Perfil+dos+Trabalhadores,+seu+Adoecimento+e+Absente%C3%ADsmo+em+um+Hospital+P%C3%ABblico+Universit%C3%A1rio&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 17 jun. 2009.

PROPEGE. Saúde do Servidor. **Net.** Disponível em:<http://www.ufpe.br/progepe/index.php?option=com_content&view=article&id=31&Itemid=117>. Acesso em: 19 jan. 2010.

REIS, R. J.; ROCCA, P. F. L.; SILVEIRA, A. M.; BONILLA, I. M. L; GINÉ, A. N; MARTÍN, M. Fatores Relacionados ao Absenteísmo por Doença em Profissionais de Enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 616-623. 2003.

REZENDE, M. P. **Agravos a Saúde de Auxiliares de Enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos Riscos Físicos.** Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2003. 114 p. Disponível em: <<http://www.cepis.org.pe/bvsacd/cd49/agrivos.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2009.
RIO, E. M. B.; GALLO, P. R.; SIQUEIRA, A. A F. de. Mortalidade por asma no município de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 149-154, abril. 2002.

ROBAZZI, M. L. C. C.; XELEGATI, R. Riscos Químicos a que estão Submetidos os Trabalhadores de Enfermagem: uma Revisão de Literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 3, p. 350-356, maio/jun. 2003.

SANCINETTI, T. R. **Absenteísmo por Doença na Equipe de Enfermagem: Taxa, Diagnóstico Médico e Perfil dos Profissionais**. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. 2009. 113p. Disponível em: <http://www.hu.usp.br/biblioteca/Novidades_Acervo/Outubro09/tese%209.pdf>. Acesso em: 30 set. 2009.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. ; MARZIALE, M. H. P. ; LAUS, A. M. Estresse Ocupacional entre Profissionais de Enfermagem do Bloco Cirúrgico. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 330-337, abr/jun. 2009.

SÊCCO, I. A. O.; ROBAZZI, M. L. C. C. Acidentes de Trabalho na Equipe de Enfermagem de um Hospital de Ensino do Paraná - Brasil. **Ciencia y Enfermeria**, v. 13, n. 2, p. 65-78. 2007.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de Trabalhadores de Enfermagem em um Hospital Universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, outubro. 2000.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Condições de Trabalho Versus Absenteísmo-Doença no Trabalho de Enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, supl., p. 166-172. 2006.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. O Adoecimento da Equipe de Enfermagem e o Absenteísmo Doença. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 133 -136. 2002.

SIU, O. -L. Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. **Journal of Advanced Nursing**, v. 40, n. 2, p. 218-229, out. 2002.

THEORELL, T.; KARASEK, R. A. Current Issues Relating to Psychosocial Job Strain and Cardiovascular Disease Research. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 1, n. 1, p. 9-26. 1996.

URASHIMA, M.; SHINDO, N.; OKABE, N. A seasonal model to simulate influenza oscillation in Tokyo. **Jpn J Infect Dis**, v. 56, n. 2, p. 43-47, apr. 2003

ZANEI, S. S. V. Mobilidade sócio-profissional na enfermagem: aspectos de uma realidade em reconhecimento. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 19-27, maio/dez. 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

REGISTRO

□□□□

1. Data da pesquisa ____/____/____	1.
2. Pesquisador _____	2.
3. Data de nascimento do pesquisado: _____/_____/____	3.
4. Idade em anos do pesquisado _____	4.

Dados Sóciodemográficos

Responda as questões a seguir referente ao ano de 2009

5. QUAL O SEU SEXO? () 1- feminino () 2- masculino	6. <input type="checkbox"/>
6. QUAL ERA SEU ESTADO CIVIL? () 1- Solteiro(a) () 2- Casado(a) () 3- Separado(a) / divorciado(a) () 4- Viúvo(a) () 5- União estável	7. <input type="checkbox"/>
7. QUANTOS FILHOS VOCÊ TINHA? _____	8. <input type="checkbox"/>
8. QUAL ERA SEU NÍVEL DE ESCOLARIDADE? () 1- Médio Auxiliar/ Técnico () 2- Superior incompleto () 3- Superior completo () 4- Especialização (pós-graduação <i>latu senso</i>) () 5- Mestrado/ Doutorado (pós-graduação <i>stricto senso</i>)	9. <input type="checkbox"/>

Trabalho/ Absenteísmo

Responda as questões a seguir referente ao ano de 2009

-
- 9. QUAL A FUNÇÃO QUE VOCÊ EXERCIA NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS (HC)?** 10.
- () 1- Enfermeiro(a) assistencial
() 2- Enfermeiro(a) gerencial (coordenadores, gerentes, etc)
() 3- Técnico (a) ou auxiliar de enfermagem
() 4- Técnico(a) ou auxiliar de enfermagem e enfermeiro(a)
() 5- Atendente de enfermagem
() 6- Atendente de enfermagem e técnico(a) ou auxiliar de enfermagem
-
- 10. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ TRABALHAVA NA ÁREA DE ENFERMAGEM?** 11.
- () 1- menos de 2 anos
() 2- de 2 a 5 anos
() 3- mais de 5 anos
-
- 11. QUANTOS VÍNCULOS DE TRABALHO NA ÁREA DE ENFERMAGEM VOCÊ TINHA, NÃO CONTE COM O VÍNCULO DO HC? (SE NÃO TIVER OUTROS VÍNCULOS DE TRABALHO, PASSE PARA A PERGUNTA 14).** 12.
- () 1- nenhum, só trabalho no HC
() 2- até 2 vínculos
() 3- mais de 2 vínculos
-
- 13. DE MODO GERAL, COMO CLASSIFICARIA SUA CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM RELAÇÃO ÀS DEMANDAS FÍSICAS E MENTAIS DOS OUTROS VÍNCULOS DE EMPREGO, COMO POR EXEMPLO FAZER ESFORÇOS FÍSICOS, RESOLVER PROBLEMAS (NÃO CONTAR COM O VÍNCULO DO HC)?** 13.
- () 1- muito baixa
() 2- baixa
() 3- moderada
() 4- boa
() 5- muito boa
-
- 14. QUAL ERA SUA CARGA HORÁRIA DE TRABALHO SEMANAL (INCLUIR HOSPITAL DAS CLÍNICAS E OUTROS VÍNCULOS DE TRABALHO)?** 14.
- () 1- menos de 25 h
() 2- de 25 a 44h
() 3- mais de 44h
-
- 15. QUAL ERA SEU TURNO DE TRABALHO (INCLUIR HOSPITAL DAS CLÍNICAS E OUTROS VÍNCULOS DE TRABALHO)?** 15.
- () 1- diurno
() 2- noturno
() 3- diurno e noturno
-

16. QUAL ERA O SEU SETOR DE TRABALHO OU O SETOR QUE PASSOU MAIS TEMPO TRABALHANDO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS? 16.

- () 1- Unidades Especializadas. Ex: nefrologia e hemodiálise, clínicas médica e cirúrgica, etc.
 () 2- Unidades de Tratamentos Intensivos. Ex: UTI, URCC, unidade neonatal.
 () 3- Centros Cirúrgico e Obstétrico.
 () 4- Ambulatórios e Serviço de Pronto Atendimento.
 () 5- Serviços de Apoio Hospitalar. Ex: CME, SAME, CIPA, CCIH, banco de leite, etc.
 () 6- Outros (descreva):

17. DURANTE O ANO DE 2009 NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, VOCÊ PRECISOU MUDAR DE SETOR ALGUMA VEZ? 17.

- () 1- Não
 () 2- Sim

18. VOCÊ SE AFASTOU DO TRABALHO ALGUMA VEZ POR MOTIVO DE DOENÇA? (SE NÃO, PASSE PARA A PERGUNTA 22). 18.

- () Nenhuma
 () 1 a 5 vezes
 () 6 a 10 vezes
 () mais de 10 vezes

19. INDIQUE O(S) TRIMESTRE(S) QUE SE AUSENTOU EM 2009 (COLOQUE O NÚMERO DE VEZES QUE SE AFASTOU AO LADO). 19.

<u>TRIMESTRE(S)</u> que se ausentou	<u>NÚMERO DE VEZES</u> que se afastou
Janeiro -março	
Abril- junho	
Julho- setembro	
Outubro- dezembro	

20. QUAL FOI O MÁXIMO DE DIAS QUE PRECISOU SE AFASTAR DO TRABALHO EM UMA ÚNICA VEZ? 20.

21. QUAL(S) A(S) DOENÇA(S) QUE TE LEVOU AO AFASTAMENTO DO TRABALHO EM 2009? 21.

Qual(s) a(s) DOENÇA(S)?

--

Agora, temos algumas perguntas sobre as características de seu trabalho no Hospital das Clínicas (HC) referente ao ano de 2009. De forma geral, faça uma média das tarefas realizadas durante o ano, considerando os diferentes setores que trabalhou (UTI, enfermarias, entre outros).

22. COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ TEM QUE FAZER SUAS TAREFAS DE TRABALHO COM MUITA RAPIDEZ? 22.

- () 4- Frequentemente
 () 3- Às vezes
 () 2- Raramente
 () 1- Nunca ou quase nunca

23. COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ TEM QUE TRABALHAR INTENSAMENTE (ISTO É, PRODUZIR MUITO EM POUCO TEMPO)? 23.

- () 4- Frequentemente
 () 3- Às vezes
 () 2- Raramente
 () 1- Nunca ou quase nunca

24. SEU TRABALHO EXIGE DEMAIS DE VOCÊ? 24.

- () 4- Frequentemente
 () 3- Às vezes
 () 2- Raramente
 () 1- Nunca ou quase nunca

25. VOCÊ TEM TEMPO SUFICIENTE PARA CUMPRIR TODAS AS TAREFAS DE SEU TRABALHO? 25.

- () 1- Frequentemente
 () 2- Às vezes
 () 3- Raramente
 () 4- Nunca ou quase nunca

26. O SEU TRABALHO COSTUMA APRESENTAR EXIGÊNCIAS CONTRADITÓRIAS OU DISCORDANTES? 26.

-
- () 4- Frequentemente
() 3- Às vezes
() 2- Raramente
() 1- Nunca ou quase nunca

27. VOCÊ TEM POSSIBILIDADE DE APRENDER COISAS NOVAS EM SEU TRABALHO? 27.

- () 4- Frequentemente
() 3- Às vezes
() 2- Raramente
() 1- Nunca ou quase nunca

28. SEU TRABALHO EXIGE MUITA HABILIDADE OU CONHECIMENTOS ESPECIALIZADOS? 28.

- () 4- Frequentemente
() 3- Às vezes
() 2- Raramente
() 1- Nunca ou quase nunca

29. SEU TRABALHO EXIGE QUE VOCÊ TOME INICIATIVA? 29.

- () 4- Frequentemente
() 3- Às vezes
() 2- Raramente
() 1- Nunca ou quase nunca

30. NO SEU TRABALHO, VOCÊ TEM QUE REPETIR MUITAS VEZES AS MESMAS TAREFAS? 30.

- () 1- Frequentemente
() 2- Às vezes
() 3- Raramente
() 4- Nunca ou quase nunca

31. VOCÊ PODE ESCOLHER “COMO” FAZER O SEU TRABALHO? 31.

- () 4- Frequentemente
() 3- Às vezes
() 2- Raramente
() 1- Nunca ou quase nunca

32. VOCÊ PODE ESCOLHER “O QUE” FAZER NO SEU TRABALHO? 32.

- () 4- Frequentemente
() 3- Às vezes
() 2- Raramente
-

() 1- Nunca ou quase nunca

A seguir, por favor, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmações a respeito de seu ambiente de trabalho no Hospital das Clínicas (HC) referente ao ano de 2009.

33. EXISTE UM AMBIENTE CALMO E AGRADÁVEL ONDE TRABALHO.

33.

() 4- Concordo totalmente

() 3- Concordo mais que discordo

() 2- Discordo mais que concordo

() 1- Discordo totalmente

34. NO TRABALHO, NOS RELACIONAMOS BEM UNS COM OS OUTROS.

34.

() 4- Concordo totalmente

() 3- Concordo mais que discordo

() 2- Discordo mais que concordo

() 1- Discordo totalmente

35. EU POSSO CONTAR COM O APOIO DOS MEUS COLEGAS DE TRABALHO.

35.

() 4- Concordo totalmente

() 3- Concordo mais que discordo

() 2- Discordo mais que concordo

() 1- Discordo totalmente

36. SE EU NÃO ESTIVER NUM BOM DIA, MEUS COLEGAS COMPREENDEM.

36.

() 4- Concordo totalmente

() 3- Concordo mais que discordo

() 2- Discordo mais que concordo

() 1- Discordo totalmente

37. NO TRABALHO, EU ME RELACIONO BEM COM MEUS CHEFES.

37.

() 4- Concordo totalmente

() 3- Concordo mais que discordo

() 2- Discordo mais que concordo

() 1- Discordo totalmente

38. EU GOSTO DE TRABALHAR COM MEUS COLEGAS.

38.

() 4- Concordo totalmente

() 3- Concordo mais que discordo

() 2- Discordo mais que concordo

() 1- Discordo totalmente

APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NO NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR (NASS/UFPE)

Registro de identificação do profissional: _____

Idade: _____

Função:

- () Enfermeiro Gerencial
- () Enfermeiro Assistencial
- () Técnico de Enfermagem
- () Auxiliar de Enfermagem
- () Atendente de Enfermagem
- () Outros: _____

Setor de trabalho: _____

Doença como causa do absenteísmo: _____

Mês de ocorrência de um ou mais episódios de absenteísmo por doença:

Quantidade de dias afastados: _____

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**ABSENTEÍSMO POR DOENÇA E CONDIÇÕES ESTRESSANTES DE
TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

PESQUISADORA/ CONTATO: Roseane Lins Vasconcelos Gomes (81 88402063/ e-mail: roseane_lgv@yahoo.com.br)/ Av. Prof. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50670-901, 4º andar do Hospital das Clínicas, PIPASC

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/ CONTATO: Av. Prof. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50670-901, Tel.: 2126 8588

Você está convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso se aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Eu, _____
_____, abaixo assinado, declaro ter conhecimento do que se segue: 1) Fui informado (a), de forma clara e objetiva, que a pesquisa tem como objetivo descrever a proporção dos profissionais de enfermagem com um ou mais episódios de absenteísmo por doença e sua associação com as condições estressantes de trabalho de um hospital universitário na cidade de Recife no ano de 2009. 2) Sei que nesta pesquisa será aplicado um questionário, nos meses de junho a agosto de 2010, aos profissionais de enfermagem, cujos critérios de inclusão para participação da pesquisa são: ter vínculo empregatício com a UFPE e ter trabalhado pelo menos 6 meses no Hospital das Clínicas. 3) Estou ciente que a minha participação nesta pesquisa não é obrigatória. 4) Sei que o pesquisador manterá em caráter confidencial todas as respostas que comprometam a minha privacidade. 5) Terei informações sobre a conclusão da pesquisa através do contato da pesquisadora. 6) Foi-me esclarecido que o resultado da pesquisa somente será divulgado com o objetivo científico, mantendo-se minha identidade em sigilo. 7) Estou ciente que esta pesquisa se constitui em risco mínimo para a população de estudo, porém os resultados trarão inúmeros benefícios para os profissionais de enfermagem, considerando que contribuirá para o conhecimento de questões relacionadas à saúde do trabalhador; benefícios para a instituição de saúde, uma vez que auxiliará na melhoria das condições de ambiente e processos de trabalho; e benefícios para os pacientes, pois contribuirá para melhoria do atendimento. 8) Quaisquer outras informações adicionais que

julgar importantes para a compreensão do desenvolvimento da pesquisa e da minha participação poderão ser obtidas no Comitê de Ética e Pesquisa.

_____, _____ de _____ de 20____

Pesquisador (Nome e CPF)

Sujeito da Pesquisa/Representante legal (Nome e CPF)

APÊNDICE D - ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. POR QUE SEGUIR O ROTEIRO E TÊ-LO EM MÃOS?

A elaboração de um roteiro para aplicação do questionário tem por finalidade auxiliar o pesquisador de campo a proceder com a coleta de dados, se organizando antes e no momento da aplicação do questionário. Como também auxiliar indiretamente, o sujeito do estudo a fornecer informações mais confiáveis e com maior facilidade.

O roteiro elaborado pode auxiliar na organização da interação social no momento da aplicação do questionário, garantindo a padronização dos procedimentos durante a coleta de dados. Isto é “[...] a uniformidade da aplicação das práticas corretas de medida por todos os pesquisadores de campo” (MEDRONHO, 2002, p. 137).

2. OBJETIVO DO ESTUDO

Descrever a proporção dos profissionais de enfermagem com um ou mais episódios de absenteísmo por doença e sua associação com as condições estressantes de trabalho de um hospital universitário na cidade de Recife no ano de 2009.

3. SUJEITOS DO ESTUDO

273 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem) concursados e vinculados à UFPE que trabalharam no Hospital das Clínicas em 2009, num período mínimo de 6 meses (TABELA).

4. SOBRE O QUESTIONÁRIO

O questionário do estudo será auto-aplicável, iniciando com 4 perguntas que fazem parte do campo restrito de preenchimento do pesquisador. As demais perguntas devem ser respondidas pelos sujeitos da pesquisa, estando suas informações assim divididas:

1- Dados sociodemográficos (perguntas de 5 a 8, onde as perguntas 5, 6 e 8 são fechadas com uma opção de resposta; e a pergunta 7, aberta);

2- Informações sobre trabalho e absenteísmo por doença (perguntas de 9 a 21, onde as perguntas de 9 a 18 são fechadas com uma opção de resposta e as perguntas 19, 20 e 21 são abertas);

3- Dados sobre as condições estressantes de trabalho (perguntas de 22 a 38 fechadas com uma opção de resposta).

5. COMO SE COMPORTAR DURANTE A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

- Criar um **clima de confiança e cordialidade** com os sujeitos do estudo;
- Intervir apropriadamente apenas quando solicitado;
- Não discutir, não dar conselhos, e não expressar opinião. Lembrem-se os pesquisadores de campo devem ser **imparciais**;
- **Respeitar os limites de duração** de cada sujeito para responder o questionário, evitando expressar impaciência ou ansiedade para acelerar sua devolução;
- Apresentar-se adequadamente (**uso de bata**) para coleta de dados no ambiente hospitalar;
- **Anotar todas as observações** que achar pertinente (dificuldades, reações e dúvidas dos sujeitos, entre outros) no caderno de campo.

6. ETAPAS PARA COLETA DE DADOS

1. Apresente-se formalmente ao sujeito selecionado para o estudo;
2. Forneça informações sobre o estudo:
 - 2.1 Explique antes de iniciar a coleta o que se pretende e por que se está fazendo o estudo;
 - 2.2 Explique os objetivos;
3. Apresente o termo de consentimento livre e esclarecido:
 - 3.1 Assegure o anonimato e o sigilo das respostas;
4. No questionário, preencha os campos restritos ao pesquisador;
5. Oriente ao sujeito do estudo a preencher os demais campos do questionário:
 - 5.1 Esclareça que todas as perguntas devem ser respondidas referentes **ao ano de 2009**;
 - 5.2 Deixe-o livre para interromper a qualquer instante;

6. Quando receber o questionário confira se todas as perguntas estão respondidas:

6.1 Caso haja alguma pergunta que não esteja respondida, pergunte se esta não foi respondida por vontade do sujeito ou esquecimento. Se o sujeito não quis responder, não insista;

6.2 Sempre termine a entrevista com uma saudação, como exemplo “obrigado por participar, qualquer dúvida sobre a pesquisa pode se comunicar com a pesquisadora que está citada no termo de consentimento”.

QUESTIONÁRIO SOBRE ABSENTEÍSMO POR DOENÇA E CONDIÇÕES ESTRESSANTES DE TRABALHO (MODELO DEMANDA - CONTROLE)	
Nº DAS PERGUNTAS	ESCLARECIMENTOS DE DÚVIDAS MAIS FREQUENTES
5	Homens heterossexuais ou homossexuais serão considerados como sexo masculino. Mulheres heterossexuais ou homossexuais serão consideradas como sexo feminino.
6	União estável seriam homens e mulheres que convivem com companheiros, mas não são legalmente casados.
11	Considerar quantos empregos na área de enfermagem o profissional tinha em 2009
14	Profissionais que trabalham em regime de escala 12x36 trabalham cerca de 42h semanais.
19	Além de indicar o trimestre que se afastou por doença, o profissional deve preencher o quadro ao lado de cada alternativa com o número de vezes que se ausentou.
31	Autonomia do profissional em decidir como realizar os procedimentos de enfermagem.
32	Autonomia do profissional em decidir quais os procedimentos de enfermagem devem ser realizados conforme a necessidade do serviço.

APÊNDICE E - COMPARAÇÃO ENTRE AS POPULAÇÕES ANALISADA E EXCLUÍDA DO ESTUDO

Variáveis relacionadas à exposição principal e à dimensão demanda no trabalho

Não foi observada nenhuma diferença estatisticamente significativa entre a população analisada e a população excluída ($p > 0,05$) para a variável exposição principal (condições estressantes de trabalho) e a variável agrupada (dicotômica- baixo desgaste e outros) segundo o modelo demanda - controle, bem como para a variável demanda na sua forma categorizada (dicotômica- alta e baixa demanda) e para as demais variáveis categorizadas que compõem a dimensão demanda, com exceção da variável “tempo para cumprir as tarefas”. Em relação à variável quantitativa “demanda” em sua forma original, constatou-se que as populações analisada e excluída também eram similares ($p > 0,05$). Para a análise da homogeneidade da variância utilizou-se o teste de Bartlett, cujo resultado foi $p = 0,885$.

Variáveis relacionadas ao controle no trabalho

Considerando a variável “controle” na sua forma categorizada (dicotômica - baixo e alto controle), bem como as demais variáveis qualitativas que compõem a dimensão controle, com exceção para as variáveis “exigência de iniciativa” e “tarefas repetitivas”, não se verificou diferença estatisticamente significativa entre a população analisada e a população excluída ($p > 0,05$). Em relação à variável quantitativa controle na sua forma original, verificou-se que as populações analisada e excluída também eram similares ($p > 0,05$).

A comparação da diferença das médias entre as populações analisada e excluída para a variável quantitativa “controle” foi possível após a constatação da semelhança entre as variâncias de ambas as populações. Utilizou-se para a análise da homogeneidade da variância o teste de Bartlett, tendo como resultado $p = 0,681$.

Variáveis relacionadas ao apoio social no trabalho

Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre a população analisada e a população excluída ($p > 0,05$) para a variável “apoio social” na sua forma categorizada (dicotômica- alto e baixo apoio social) e na sua forma de escore quantitativa, bem como para as demais variáveis qualitativas que compõem a dimensão “apoio social”, com exceção das

variáveis “ambiente calmo e agradável” e “bom relacionamento com o chefe”. O p-valor do teste qui quadrado foi utilizado para a análise comparativa entre as populações.

Utilizou-se para a análise da homogeneidade da variância o teste de Bartlett, tendo como resultado $p = 0,960$.

Variáveis relacionadas à caracterização do trabalho profissional

Considerando as variáveis qualitativas “função”, “outros vínculos de emprego”, “turno de trabalho”, “setor de trabalho” e “mudança de setor”, não foi observada nenhuma diferença estatisticamente significativa entre a população analisada e a população excluída ($p > 0,05$). Para a análise comparativa entre as populações foi utilizado o p-valor do teste qui quadrado. Apenas para a variável “mudança de setor” foi utilizada o qui quadrado com correção de Yates, pois havia uma casela com frequência esperada menor que 5.

ANEXO

**ANEXO A - FOLHA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa**

Of. Nº. 036/2010 - CEP/CCS

Recife, 05 de março de 2010

Registro do SISNEP FR – 315424

CAAE – 0246.0.000.172-10

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 031/10

Título: Absenteísmo por doença e estresse relacionado às condições de trabalho dos profissionais de enfermagem de um Hospital Universitário de Recife no ano de 2009.

Pesquisador Responsável: Roseane Lins Vasconcelos Gomes

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 03 de março de 2010.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

A

Mestranda Roseane Lins Vasconcelos Gomes

Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva-CCS/UFPE