

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CHRISTIANE BREY

**RELAÇÃO ENTRE ABSENTEÍSMO, CAPACIDADE PARA O TRABALHO E
DOENÇAS CRÔNICAS DE TRABALHADORES DE SAÚDE DE UM HOSPITAL
PÚBLICO DO PARANÁ**

CURITIBA

2016

CHRISTIANE BREY

**RELAÇÃO ENTRE ABSENTEÍSMO, CAPACIDADE PARA O TRABALHO E
DOENÇAS CRÔNICAS DE TRABALHADORES DE SAÚDE DE UM HOSPITAL
PÚBLICO DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Leila Maria Mansano Sarquis

CURITIBA

2016

Brey, Christiane

Relação entre absenteísmo, capacidade para o trabalho e doenças crônicas de trabalhadores de saúde de um hospital público do Paraná / Christiane Brey – Curitiba, 2016.

111 f. : il. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Leila Maria Mansano Sarquis
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Absenteísmo. 2. Avaliação da capacidade de trabalho. 3. Doença crônica. 4. Enfermagem. I. Sarquis, Leila Maria Mansano. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.7346



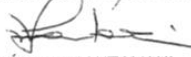
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM
Código CAPES: 40001016045P7


TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **CHRISTIANE BREY**, intitulada: "**RELAÇÃO ENTRE ABSENTEÍSMO, CAPACIDADE PARA O TRABALHO E DOENÇAS CRÔNICAS DE TRABALHADORES DE SAÚDE DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO PARANÁ**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO.

Curitiba, 18 de Novembro de 2016.


LEILA MARIA MANSANO SARQUIS
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI
Avaliador Interno (UFPR)


ROSÂNGELA MARIA GRECO
Avaliador Externo (UFJF)

Dedico esse trabalho ao meu marido Erico “Mano” que esteve comigo na realização desse sonho me apoiando e principalmente me incentivando todos os dias, aos meus pais Clotilde e Sérgio que me proporcionaram estudar e sempre acreditaram em mim, a minha sogra Carmem que cuidou de mim, da minha casa e de tudo para mim nestes últimos anos.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a Leila M^a Mansano Sarquis pela compreensão e carinho e, por acreditar em mim e estar sempre pronta para me ajudar.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Setor de Ciências de Saúde da Universidade Federal do Paraná, na pessoa da coordenadora Prof^a. Dra. Verônica de Azevedo Mazza e Prof^a. Maria de Fátima Mantovani pelo apoio recebido.

As Professoras Dr^a Maria de Fátima Mantovani, Luciana Kalinke e Elaine Drehmer pelas considerações e orientações recebidas.

Aos meus amigos do grupo de pesquisa em especial a Fernanda Miranda, Shirley Boller, Leni Santana, Aline Pizzolato, Kátiuska Ferraz Negrello, Tatiane Halfeld, Rafael Haeffner e Francisco Koller pelo companheirismo e prontidão em ajudar, pelas brincadeiras e alegria de nossos encontros e reuniões e, por serem o melhor grupo.

Aos colegas e amigas da turma de mestrado por compartilharem dessa caminhada, em especial a minha amiga Fátima Padilha Baran pela amizade mais carinhosa, por estar comigo diariamente compartilhando as angústias e alegrias dessa jornada sempre com um bom café.

As minhas amigas de longe Laís Lima de Araújo e Olívia Dias Ferreira pela amizade pura e sincera, carinho, confiança e alto astral.

As minhas amigas, Débora Regina de Oliveira, Maria Caroline Waldrigues e Bruna Vanessa Wagner, simplesmente por serem presentes na minha vida, amigas e companheiras de todas as horas e por cuidarem do meu ser.

Aos amigos Cristiano Caveião, Angelita Visentin, Angela Borghi, Dayana Moraes, Fernanda Cassanho, Cintia Mazur, pelo apoio individual de cada um de vocês, nos momentos que mais precisei.

As minhas coordenadoras e amigas Tais Pastre e Camile e colegas do curso de Educação Física do Centro Universitário Autônomo do Brasil/UniBrasil pelo carinho, alegria e energia positiva!

Aos amigos e docentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Autônomo do Brasil/UniBrasil pela amizade e apoio em todos os momentos.

Ao Hospital e trabalhadores de saúde que participaram desse estudo pela colaboração e prontidão em me receberem.

E por último, e não menos especial, aos meus irmãos, sobrinhos, cunhadas e prima, por vocês alegrarem meus dias e finais de semana.

RESUMO

O adoecimento crônico dos trabalhadores está associado a capacidade reduzida para o trabalho gerando o absenteísmo, o que dificulta a manutenção da saúde e prejudica a qualidade de vida dos trabalhadores. Estudo do tipo transversal, descritivo-analítico, com os seguintes objetivos: analisar a relação entre absenteísmo, doenças crônicas e a capacidade para o trabalho entre trabalhadores de saúde de um hospital público do Paraná; caracterizar o perfil de absenteísmo dos trabalhadores de saúde; descrever a capacidade para o trabalho dos trabalhadores de saúde com doenças crônicas; e identificar o absenteísmo relacionado às doenças crônicas. O cenário do estudo foi uma instituição hospitalar em Curitiba, Paraná. A população constituiu-se de 373 trabalhadores de saúde que tiveram licença médica no ano de 2014. Os dados foram coletados em 2016 por meio de dois questionários: o primeiro, com características sociodemográficas, ocupacionais e estilo de vida; e o segundo, com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Para o preenchimento do ICT, foram selecionados apenas os trabalhadores que responderam ter alguma doença crônica no primeiro questionário. Para a análise dos dados, utilizou-se o *software* estatístico SPSS 19.0 para a comparação de médias, correlação de Spearman, ANOVA, regressão linear múltipla e os testes de significância Qui-quadrado e *t-Student*. Em todas as análises, considerou-se estatisticamente significativo $\text{valor-}p \leq 0,05$. Os resultados evidenciaram 2.580 dias de trabalho perdidos em um ano, com prevalência entre mulheres (81,2%), e média de idade de 40,66 anos. Os trabalhadores com doença crônica apresentaram média de 7,9 dias de absenteísmo/ano. O absenteísmo apresentou relação com o turno de trabalho, com a carga horária, com o número de empregos e com a presença de doença crônica. A enxaqueca e o grupo de outras doenças tiveram relação com o absenteísmo, independentemente da quantidade de dias de ausência. Os trabalhadores com doença crônica totalizaram 51% dos pesquisados. Desses, 54,2% apresentaram uma e 45,8% duas ou mais doenças crônicas. As doenças prevalentes foram: 14,7% doenças osteomusculares, 12,9% hipertensão arterial, 11% enxaqueca e 9,9% depressão. Houve relação entre ICT e a média de dias de absenteísmo, além do absenteísmo de poucos dias de ausências (≤ 9 dias), com a presença de uma doença crônica segundo o sexo. O sexo feminino teve as menores médias de ICT. Não foi possível provar a relação entre ICT e número de doenças crônicas. Destacou-se o percentual de ICT reduzido em 46,8% dos trabalhadores, com diferença significativa entre as médias. Evidenciou-se 38% da variabilidade do absenteísmo relacionado ao ICT e, consecutivamente, ao sexo, idade e setor de trabalho. As idades entre 45 a 54 anos e 55 ou mais e os trabalhadores do setor de apoio técnico, influenciaram no absenteísmo de acordo com o ICT apresentado. Foi possível provar a relação entre absenteísmo, com o ICT e as doenças crônicas na hipertensão arterial. Conclui-se que existe relação entre dias de absenteísmo, a capacidade reduzida para o trabalho e as doenças crônicas. A identificação dessas associações é importante para determinar a suscetibilidade dos trabalhadores, devido ao adoecimento, sua ausência no trabalho e sua incapacidade laboral, para que a criação de estratégias voltadas à vigilância em saúde seja concentrada na individualidade do trabalhador e do ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Absenteísmo. Avaliação da capacidade de trabalho. Doença crônica. Enfermagem.

ABSTRACT

The chronic illness of workers is associated with reduced work capacity generating absenteeism, is the main factor that influences, negatively, not only the health but also the quality of life of health workers. The present study is both cross-sectional and descriptive-analytical. Its objectives are: to analyze the connection between absenteeism, chronic diseases and work ability among health workers in a public hospital in Paraná; to characterize the profile of absenteeism among health workers; to describe work ability among health workers with chronic diseases; and to identify absenteeism in relation to chronic diseases. The study was conducted in a hospital in Curitiba, in the State of Paraná. The population consisted of 373 health workers who asked for sick leave in the year of 2014. Data were collected in 2016, two questionnaires were used: the first with sociodemographic characteristics, such as occupation and lifestyle; and the second based on the Work Ability Index (WAI). Only those workers who reported having a chronic disease in the first questionnaire responded the WAI. The software SPSS 19.0 was used for the data analysis: comparison of means, *Spearman* correlation, ANOVA, multiple linear regression and the significance tests Chi-square and Student's t. As statistically significant, we considered $p\text{-value} \leq 0.05$. The results point out that 2580 workdays were lost in a year, with prevalence among women (81.2%), and mean age of 40.66 years. Workers with chronic diseases took 7.9 days off every year. Absenteeism related with the shift, the hours, the number of jobs and the presence of chronic diseases. Migraine and a group called "other diseases" have shown correlation with absenteeism, regardless of the quantity of absent days. Workers with chronic disease amounted to 51% of respondents. Of these, 54.2% had one chronic disease and 45.8% had two or more chronic diseases. The prevalent diseases were: 14.7%, musculoskeletal disorders; 12.9%, hypertension; 11% and 9.9%, migraine and depression, respectively. There was a relationship between WAI and the average days of absenteeism, in addition to low-frequency absenteeism (≤ 9 days) in the presence of a chronic disease, according to genre. Women presented the lowest mean of WAI. There was no correlation between WAI and the number of chronic diseases. We highlight a WAI low percentage in 46.8% of workers, with a significant difference between the means. It is also relevant to highlight a 38% of variability related to WAI and, consecutively, to sex, age and job sector. Ages between 45-54 and 55 or more, and workers in the technical support industry, influenced absenteeism conforming to WAI. There was relationship between absenteeism, WAI and chronic disease in the hypertension. It is concluded that there is a relation between absenteeism days, reduced work capacity and chronic diseases. The identification of these associations is important to determine the susceptibility of workers their illness, their absence at work and their inability to work. So that creation of strategies for health surveillance, is focused on worker's individuality and work environment,

Keywords: Absenteeism. Work capacity evaluation. Chronic diseases. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - DIAGRAMA DE RELAÇÕES ENTRE FATORES MULTICAUSAIS DO ABSENTEÍSMO	17
QUADRO 1 - ITENS DO ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO, NÚMERO DE QUESTÕES PARA AVALIAR CADA ITEM E ESCORE DAS RESPOSTAS.....	42
QUADRO 2 - ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE ACORDO COM ESCORE E OBJETIVOS DAS MEDIDAS A SEREM TOMADAS.....	42
FIGURA 2 - DIAGRAMA SEQUENCIAL DA AMOSTRAGEM DOS TRABALHADORES DE SAÚDE PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	44
GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SEGUNDO AS CATEGORIAS DE ABSENTEÍSMO NO ANO DE 2014, CURITIBA, 2016 (N=373).....	51
GRÁFICO 2 - AVALIAÇÃO DA PERDA ESTIMADA DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM RELAÇÃO A PRESENÇA DE LESÃO OU DOENÇA NOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190).....	63
GRÁFICO 3 - MÉDIAS DE ICT ASSOCIADAS AOS TRABALHADORES DE SAÚDE E AO NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS. CURITIBA, 2016 (N=190).....	65
GRÁFICO 4 - RELAÇÃO ENTRE DIAS DE ABSENTEÍSMO E A CAPACIDADE PARA O TRABALHO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190).....	73
GRÁFICO 5 – DIAGRAMA DE DISPERSÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DIAS DE ABSENTEÍSMO, IDADE, SEXO, SETOR DE TRABALHO E ICT DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA 2016 (N=190).....	75

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - FREQUÊNCIA DE TRABALHADORES DE SAÚDE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CURITIBA, 2016 (N=373).....	47
TABELA 2 - FREQUÊNCIA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS, CURITIBA, 2016 (N=373).....	48
TABELA 3 - FREQUÊNCIA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SEGUNDO COMPORTAMENTO DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA, CURITIBA, 2016 (N=373).....	50
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DO HOSPITAL NO ANO DE 2014, SEGUNDO AFASTAMENTOS POR LICENÇA MÉDICA, CURITIBA, 2016 (N=373).....	52
TABELA 5 – COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DE DIAS ABSENTEÍSMO SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE. CURITIBA, 2016 (N=373).....	52
TABELA 6 - COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DE DIAS ABSENTEÍSMO SEGUNDO AS VARIÁVEIS OCUPACIONAIS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE, CURITIBA, 2016 (N=373).....	54
TABELA 7 - COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DE DIAS ABSENTEÍSMO SEGUNDO AS VARIÁVEIS DE COMPORTAMENTO DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE, CURITIBA, 2016 (N=373).....	56
TABELA 8 - CORRELAÇÃO DE <i>SPEARMAN</i> ENTRE ABSENTEÍSMO, TURNO DE TRABALHO E NÚMERO DE VÍNCULO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE, CURITIBA, 2016 (N=373).....	57
TABELA 9 - CORRELAÇÃO DE <i>SPEARMAN</i> ENTRE ABSENTEÍSMO, HORAS DE TRABALHO E DOENÇA CRÔNICA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE, CURITIBA 2016 (N=373).....	57
TABELA 10 - CORRELAÇÃO DE <i>SPEARMAN</i> E TESTE QUI-QUADRADO ENTRE DIAS DE ABSENTEÍSMO E A PRESENÇA OU NÃO DE DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA 2016 (N=373).....	58

TABELA 11 - ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS CATEGORIAS DE DIAS DE ABSENTEÍSMO E A PRESENÇA OU NÃO DE CADA TIPO DE DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA 2016 (N=373).....	59
TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA. CURITIBA, 2016 (N=190).....	60
TABELA 13 - COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DO ICT SEGUNDO A CAPACIDADE PARA O TRABALHO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190).....	60
TABELA 14 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO DOS ESCORES DAS DIMENSÕES DO ICT DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190).....	62
TABELA 15 - FREQUÊNCIA DAS DOENÇAS COM DIAGNÓSTICO MÉDICO REFERIDAS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA. CURITIBA, 2016 (N=190).....	64
TABELA 16 - COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DO ICT POR SEXO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA E AS VARIÁVEIS CAPACIDADE PARA O TRABALHO, ABSENTEÍSMO E NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS CURITIBA, 2016 (N=190).....	67
TABELA 17 - COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DO ICT E AS VARIÁVEIS ICT, ABSENTEÍSMO E NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA RELACIONADOS, CURITIBA, 2016 (N=190).....	69
TABELA 18 - ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE MÉDIA DE DIAS DE ABSENTEÍSMO E NÍVEIS DE ICT EM DETERMINADO GRUPO DE DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190).....	70
TABELA 19 - ANÁLISE COMPARATIVA MÉDIA DE DIAS DE ABSENTEÍSMO E NÍVEIS DE ICT COM OS GRUPOS DAS VARIÁVEIS SEXO, IDADE E SETOR DE TRABALHO DOS TRABALHADORES COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190).....	71
TABELA 20 - ANÁLISE DE VARIÂNCIA ANOVA ENTRE DIAS DE ABSENTEÍSMO, IDADE, SEXO, SETOR DE TRABALHO E ICT DOS TRABALHADORES	

DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA 2016 (N=190).....	74
TABELA 21 - CORRELAÇÃO DE <i>SPEARMAN</i> ENTRE DIAS DE ABSENTEÍSMO, IDADE, SEXO, SETOR DE TRABALHO E ICT DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA 2016 (N=190).....	74

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	19
2.1	OBJETIVO GERAL	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	O TRABALHO EM SUAS DIMENSÕES	20
3.2	SAÚDE DO TRABALHADOR	24
3.3	CAPACIDADE PARA O TRABALHO	28
3.4	DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS E A SAÚDE DO TRABALHADOR	32
3.5	ABSENTEÍSMO NO AMBIENTE HOSPITALAR	36
4	MÉTODO	39
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	39
4.2	LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO	39
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	40
4.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	41
4.5	COLETA DE DADOS	41
4.6	AMOSTRA, EXCLUSÕES E PERDAS	43
4.7	VARIÁVEIS DA PESQUISA	44
4.8	ANÁLISE DOS DADOS	45
4.9	ASPECTOS ÉTICOS	46
5	RESULTADOS	47
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO	47
5.2	CARACTERIZAÇÃO DO ABSENTEÍSMO ENTRE OS TRABALHADORES DE SAÚDE	51
5.3	ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO E AS DOENÇAS CRÔNICAS	59
5.4	ANÁLISES ENTRE ABSENTEÍSMO, ICT E DOENÇA CRÔNICA	70
6	DISCUSSÃO	76
7	CONCLUSÃO	88
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICES	102
	ANEXOS	105

1 INTRODUÇÃO

O trabalho ocupa uma posição de destaque na vida das pessoas. Por meio dele, o indivíduo garante sua subsistência, adquire *status* social, estabelece relações interpessoais e se desenvolve enquanto ser humano. Além disso, é fundamental para a organização, para o desenvolvimento da sociedade e, ainda, para a promoção dos bens de produção. (FELLI; BAPTISTA, 2015).

Contudo, ao mesmo tempo em que é considerado organizador da sociedade moderna, por favorecer o acesso à satisfação de diferentes necessidades humanas, o trabalho expõe o trabalhador a diversos riscos ocupacionais que comprometem sua saúde física e mental e constituem, em graus distintos, um fator desgastante e favorecedor de comorbidades, que podem estar relacionadas à cronicidade de determinadas doenças. (FELLI; BAPTISTA, 2015).

Atualmente, as mudanças nas atividades laborais, aliadas às exigências institucionais e às relações de poder, requerem do trabalhador dinamismo e maior responsabilidade por conta da complexidade das tarefas, como também aumento do esforço físico e mental e intensificação do seu ritmo de trabalho. Estas competências e habilidades, aliadas à carga horária elevada das jornadas de trabalho; às situações estressantes e ao trabalho em turnos, inclusive no período noturno, ultrapassam o limite da capacidade do trabalhador, comprometendo a sua vida social e ocupacional, o que pode implicar modificações em seu processo de saúde-doença e perfil de adoecimento. (MARTINATO, 2010; SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011; PINA; STOTZ, 2014; FELLI; BAPTISTA, 2015).

Nesse contexto, o processo de trabalho nos serviços de saúde tem merecido destaque entre os estudos científicos, uma vez que suas particularidades podem desencadear um aumento nos riscos aos quais o trabalhador está sujeito. O que faz, conseqüentemente, com que esses profissionais vivenciem situações de desgaste físico e mental, decorrentes da exposição contínua às diversas cargas de trabalho. (MATTOS et al., 2011; SANTANA et al., 2013; MININEL; RATIER, 2015). Estas são descritas como cargas biológica, fisiológica, física, mecânica, psíquica e química. (FELLI; TRONCHIN, 2010).

No cenário hospitalar, as atividades exercidas pelos trabalhadores de saúde caracterizam-se por excessiva demanda de trabalho, pelo contato com situações

desgastantes, além do estresse e alto nível de tensão emocional. Estes fatores associados às políticas institucionais são preditores de ansiedade, insatisfação e de desgastes físicos e emocionais. (FERREIRA et al., 2012). Além disso, favorecem o aumento do índice de absenteísmo e presenteísmo, contribuindo com a redução da capacidade para o trabalho. (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2012).

Originário da língua francesa (*absentéisme*), o termo absenteísmo (GEHRING JUNIOR et al., 2007) é utilizado para denominar a ausência de um trabalhador no seu ambiente de trabalho por um período de um ou mais dias (ou turnos), desde que esta não tenha sido programada. (OIT, 2010). O absenteísmo consiste em um fenômeno complexo e multicausal, o que explica a inclusão de fatores individuais e relacionados ao ambiente e à organização do trabalho. (FERREIRA et al., 2012). Suas causas envolvem as ausências por problemas de saúde, contemplando as doenças e acidentes de trabalho; as ausências legalmente justificadas; e, ainda, as ausências compulsórias e injustificadas. (MAGALHÃES et al., 2011). O absenteísmo é um importante indicador das condições de saúde, (KIVIMÄKI et al., 2003), do desempenho dos trabalhadores e da organização do trabalho e se relaciona com vários fatores que ultrapassam a própria área de saúde. (PCIAOH, 1973).

O presenteísmo é um conceito utilizado para caracterizar o absenteísmo de corpo presente, o que configura os casos em que a pessoa se encontra no local de trabalho, porém, não consegue cumprir, na totalidade, as suas atividades. (HEMP, 2004). Portanto, o presenteísmo é visto como limitador da produtividade, tanto no trabalho realizado como em termos de quantidade de trabalho. Essa condição pode levar a consequências como erros, omissões, dificuldades de concentração, entre outros. (UMAN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012).

A ausência não programada no trabalho é também um problema econômico e de saúde em instituições de diferentes países, visto que impacta de forma negativa na dinâmica da produção laboral, bem como no desgaste dos trabalhadores. Os prejuízos são compartilhados por trabalhadores, empregadores e pelo Estado, refletindo na redução da produtividade, na qualidade do serviço prestado, (ROELEN et al., 2013a; MARQUES et al., 2015), além de prejuízos subjetivos incalculáveis cujos impactos são de difícil investigação. (COSTA; VIERIA; SENA, 2009; JUNKES; PESSOA, 2010; SANCINETTI et al., 2011; FELLI; BAPTISTA, 2015).

Para o Sistema Previdenciário brasileiro, os custos com absenteísmo por doenças são elevados. Somente no ano de 2014 o auxílio-doença, concedido aos

trabalhadores assegurados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), correspondeu a 44,7% do total de benefícios concedidos no país. (BRASIL, 2014a). Destaca-se que o mesmo ocorre com as instituições empregadoras pelo fato de essas terem que contratar novos funcionários para substituir os adoecidos, o que eleva os custos. Em concordância com tal afirmação, um estudo desenvolvido com trabalhadores de enfermagem de um hospital público de São Paulo evidenciou que o absenteísmo-doença custou à instituição empregadora o equivalente a US\$ 218.998,74 milhões, referentes aos 2.538 dias de ausências no ano de 2008, considerando apenas o salário médio dos trabalhadores afastados. (SANCINETTI, 2011).

Por conseguinte, estudos demonstram os impactos dessa realidade não só para o empregador, com os prejuízos financeiros e a queda na qualidade dos serviços prestados, decorrentes de faltas, licenças médicas, afastamentos e presenteísmo mas, também, na saúde do trabalhador, na tentativa de impulsionar uma mudança de atitude em prol da Vigilância em Saúde do Trabalhador, e promover a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores e, prevenir riscos e agravos a saúde. (FELLI, 2010; BRASIL, 2012a; MININEL et al., 2013).

No Brasil, existem políticas públicas que visam minimizar o adoecimento relacionado ao trabalho e, entre elas, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que por meio de uma Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (Renast), tem por objetivo estabelecer uma rede de informações e práticas de saúde, de maneira organizada para a implementação de ações assistenciais, de vigilância, de prevenção e de promoção à saúde dos trabalhadores. (BRASIL, 2009).

A literatura confirma que a relação entre as condições de trabalho e o adoecimento do trabalhador nas instituições de saúde atinge principalmente a categoria da enfermagem. O principal fator para o elevado número de adoecidos entre esses trabalhadores está associado às características inerentes do seu processo de trabalho. Em uma revisão integrativa relativa ao período de 2003 a 2008 sobre absenteísmo da equipe de enfermagem, verificou-se que esses trabalhadores são acometidos por inúmeras doenças, com destaque para transtornos mentais, doenças do aparelho respiratório e doenças do sistema reprodutor, geniturinário, osteomuscular, entre outras. (MARTINATO et al., 2010).

Segundo Silva e colaboradores (2013) o adoecimento pode gerar distintas necessidades de saúde que podem diminuir a capacidade do trabalhador para o exercício de suas atividades laborais, gerando o absenteísmo. (SILVA et al., 2013).

O absenteísmo desses trabalhadores foi estudado por Felli (2010) em sete hospitais do cenário brasileiro, demonstrando o quanto as ausências ao trabalho estavam relacionadas à exposição às cargas de trabalho. O autor apresentou resultados impactantes entre os trabalhadores de enfermagem, que mostraram a contagem de 8.555 dias de afastamento por doenças em um ano, representando quase 23 anos de trabalho perdidos.

Em 2004, um estudo realizado com 54 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário de Campinas, São Paulo, apontou o adoecimento dos trabalhadores como fator causal do absenteísmo, o qual estabeleceu uma relação entre as ausências no trabalho por doenças, consultas médicas ou exames de saúde como um agravante para a perda da capacidade laborativa. (DURAN; COCCO, 2004).

Essa incapacidade laboral tem relação com o absenteísmo, que é uma das consequências do adoecimento do trabalhador, configura-se uma preocupação nos ambientes laborais, principalmente na área da saúde, devido às condições de trabalho. (SIEURIN; JOSEPHSON; VINGÅRD, 2009). Os serviços de saúde apresentam-se precários por conta de sua organização, caracterizada, por sua vez, pelas duplas jornadas, pela terceirização da mão de obra e pelo subemprego. (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015).

A capacidade para o trabalho é definida por meio da avaliação das capacidades físicas e mentais do trabalhador para o desenvolvimento de sua atividade laboral. Nesse âmbito, cada profissional demonstra o seu envolvimento por meio de atitudes, a partir da motivação e pelo interesse para obtenção de resultados. (ILMARINEN; TUOMI, 2004). Outrossim, o tema compreende o grau de aptidão que o trabalhador possui para executar suas atividades laborais diárias, de acordo com as exigências do trabalho, condições físicas e mentais, bem como o seu estado de saúde. (TUOMI et al., 2010). Observa-se, portanto, a importância da atenção das instituições para o monitoramento do absenteísmo e a disponibilização de mecanismos para promoção da saúde desses trabalhadores, associados à presença de uma ou mais doenças, com destaque para os agravos crônicos dos trabalhadores.

A presença de uma ou mais doenças crônicas exige mudanças na rotina e no planejamento de atividades de uma pessoa, aumentando-se a responsabilidade para

com a sua saúde física e mental. (SILVA et al., 2013). Um estudo realizado com 8.841 trabalhadores australianos, por meio de dados populacionais do *Inquérito Nacional Australiano de Saúde Mental e Bem-estar*, de 2007, examinou o impacto que a depressão e as doenças cardiovasculares causavam na vida do trabalhador. Os resultados mostraram que a presença dessas doenças interfere na jornada de trabalho e em sua capacidade laboral. Com impacto oito vezes maior na capacidade laborativa e três vezes maior para o absenteísmo. (O'NEIL et al., 2012).

Outro estudo realizado na Holanda sobre a influência de problemas crônicos de saúde na capacidade laborativa e na produtividade, relacionado a 8.411 trabalhadores, demonstrou a diminuição nos dois fatores comentados na pesquisa anterior. O mesmo estudo apontou que a diminuição da capacidade para o trabalho estava relacionada ao adoecimento dos trabalhadores por distúrbios psicológicos e pelo diabetes mellitus. Outro aspecto abordado foi relacionado à diminuição da produtividade, que se apresentou menor entre os trabalhadores com fortes dores de cabeça ou enxaqueca. Já os trabalhadores com distúrbios osteomusculares e psicológicos associados, tiveram uma elevada diminuição da capacidade laboral e uma menor produtividade no trabalho do que os trabalhadores não adoecidos. (LEIJTEN et al., 2014).

Desse modo, autores inferem que os padrões de absenteísmo estejam coincidindo com o período de exacerbação da doença crônica ou com repetidos distúrbios episódicos de algumas doenças crônicas como, enxaqueca, asma e distúrbios osteomusculares. Por outro lado, o absenteísmo serve como uma estratégia de enfrentamento pessoal de determinadas condições crônicas, como, por exemplo, os episódios de dor crônica, comuns nos casos de confirmação de diagnóstico de Lombalgia e de Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (LER/Dort). (ROELEN et al., 2011).

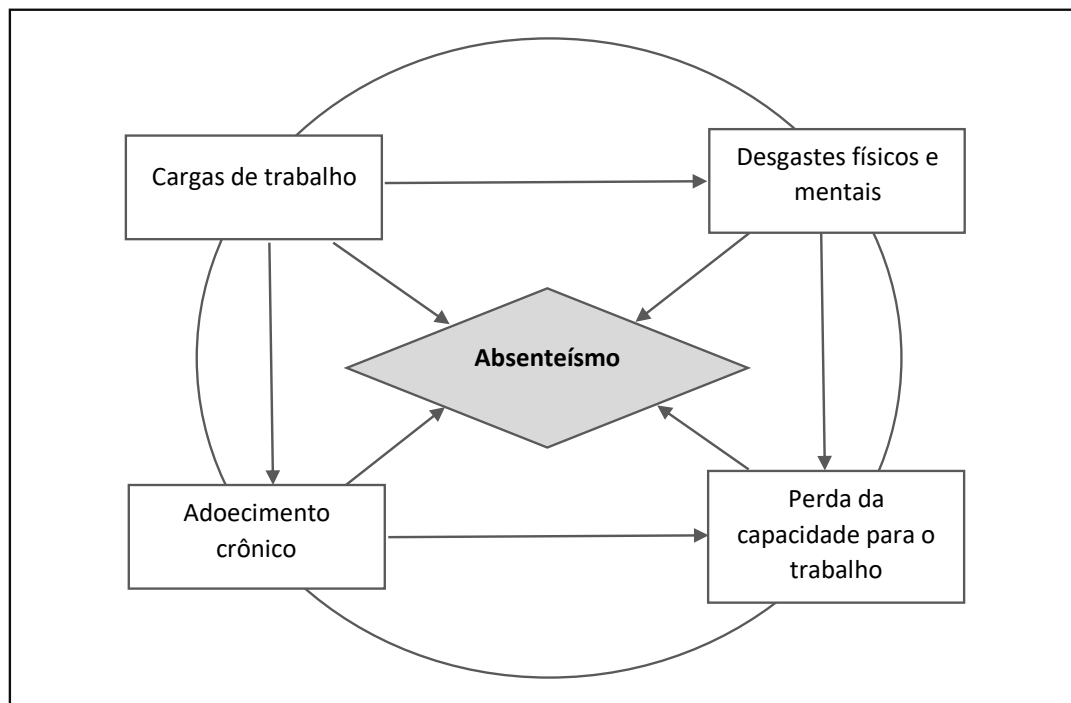
Para Alexopoulos e colaboradores (2012) tais questões, indicam a necessidade de monitorização do absenteísmo no ambiente de trabalho de forma que os dados obtidos sejam utilizados como uma ferramenta de avaliação do ambiente de trabalho e do impacto da doença, ou de outros fatores, sobre a capacidade e estado de saúde do trabalhador.

No entanto, a relação entre absenteísmo e doença não tem sido considerada direta, uma vez que, em muitos casos, o trabalhador doente não se ausenta do trabalho. O processo de adoecer e faltar ao trabalho pode indicar falta de equilíbrio

entre o trabalhador e o seu ambiente laboral. Os problemas de saúde podem surgir como resultado da discrepância entre as cargas e desgastes do trabalho e a sua capacidade laborativa; ou, ainda, por sofrerem influências organizacionais que interfiram na motivação do profissional e o pressione a comparecer ao trabalho, o que suscita no trabalhador a oportunidade e a necessidade do absenteísmo. (ROELEN et al., 2010).

Logo, o desequilíbrio entre os fatores determinantes da saúde e qualidade de vida no trabalho, com o predomínio dos processos de trabalho inadequados, desencadeia desgastes, adoecimento e o sofrimento do trabalhador, com repercussões que podem levar ao desenvolvimento de morbididades, à cronicidade de doenças, à diminuição ou perda da capacidade laboral, ao absenteísmo, à aposentadoria precoce, e, inclusive, à morte. (MININEL; RATIER, 2015). Diante deste contexto, os fatores multicausais do absenteísmo abordados neste estudo são representados pela Figura 1.

FIGURA 1 – DIAGRAMA DE RELAÇÕES ENTRE FATORES MULTICAUSAIS DO ABSENTEÍSMO



FONTE: A autora (2016).

Portanto, é essencial que haja uma abordagem multifatorial do absenteísmo para evidenciar os impactos deste, do presenteísmo, dos processos de morbidade,

bem como da perda da capacidade para o trabalho, para que, dessa forma, criem-se estratégias para incentivar mudanças de atitude a favor da manutenção da saúde do trabalhador, além da melhoria da qualidade da assistência nos serviços de saúde. (FERREIRA et al., 2012; MININEL et al., 2013).

Para tanto, estudos sobre a relação entre doenças, absenteísmo e suas consequências necessitam de outras pesquisas científicas, visto que o aumento da incidência de doenças crônicas expõe a necessidade de investigações frente a tal problemática, bem como a sensibilização para as condições crônicas de saúde que muitos trabalhadores possuem e que interferem no desempenho de suas funções. (PORTO et al., 2013). Após essa revisão introdutória, justifica-se a realização desta pesquisa que visa à análise do absenteísmo, da capacidade para o trabalho e o adoecimento crônico dos trabalhadores de saúde no contexto hospitalar, sendo esses elementos importantes nas discussões das ações em vigilância em saúde do trabalhador com intuito de prevenir o adoecimento desses trabalhadores. A problemática que norteia a referida pesquisa é a seguinte: *qual a relação entre absenteísmo, doença crônica e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de saúde no cenário hospitalar?* Para responder a essa questão, traçaram-se os objetivos deste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre absenteísmo, doenças crônicas e a capacidade para o trabalho entre trabalhadores de saúde de um hospital público do Paraná.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil de absenteísmo dos trabalhadores de saúde de um hospital público do Paraná.
- Descrever a capacidade para o trabalho dos trabalhadores de saúde com doenças crônicas.
- Identificar o absenteísmo relacionado às doenças crônicas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para a descrição dos capítulos da revisão de literatura, foram realizadas buscas *online* nas bases de dados nacionais e internacionais, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Portal da Capes, Google scholar e PubMed, utilizando os operadores booleanos *AND*, *OR* ou *NOT*. Para a pesquisa, utilizou-se os seguintes descritores em português e inglês: Absenteísmo; Doença; Morbidade; Doença Crônica; Saúde do Trabalhador; Hospital; Pessoal da Saúde; Trabalhador; Avaliação da Capacidade de Trabalho; Enfermagem.

3.1 O TRABALHO EM SUAS DIMENSÕES

O trabalho é considerado uma atividade essencial na vida humana. Originou-se com o aparecimento do ser humano e com o desenvolvimento de ferramentas para a sua subsistência. É por meio dele que o homem busca, além do seu sustento, satisfação, valorização e realização como ser humano útil e provido de capacidade intelectual. (GUIMARÃES; CASTRO, 2007; FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005). Como principal responsável pelo desenvolvimento humano ao longo da história, o trabalho atuou de tal forma sobre a natureza humana que produziu feitos revolucionários, criou modos de vida e de relacionamento que passaram a determinar a evolução histórica da humanidade. (LOURENÇO, 2011).

Assim, acompanhando a história da humanidade desde a encruzilhada de culturas que conviveram em torno do Mediterrâneo e do Atlântico, do Século de Ouro na Grécia até a chamada Era Cristã, o conceito de trabalho e seus significados modificaram-se várias vezes. (ROSSATO, 2001). Desde então, mudanças políticas, culturais e econômicas têm acompanhado a humanidade, em decorrência dos diferentes modos de pensar o trabalho nas mais diversas culturas e de como este foi transformado ao longo da história. (ROSSATO, 2001).

Na Grécia Antiga, por volta do século V a.C., e na Roma Imperial, o trabalho seguiu duas vertentes básicas: as elites dominantes ocupavam-se exclusivamente do trabalho intelectual, artístico, especulativo ou político; e, de outro lado, as funções consideradas subalternas que por sua natureza rústica e de trabalho braçal eram desempenhadas pela mão de obra escrava, obtida nas guerras. (ORNELLAS; MONTEIRO, 2006).

Com o advento da Idade Média, entre os séculos V e XV, marcada pela reestruturação das sociedades ocidentais sob a cosmovisão da cristandade, o trabalho passou a ter outro sentido, embora ainda penoso. Essa forma de pensamento tomava o trabalho como punição divina aos pecados cometidos, pois o paraíso seria um jardim que não necessitaria de cuidados e, ainda assim, produziria o sustento com fartura. (ROSSATO, 2001). Nesse período, por volta do século VI, surgiu o termo trabalho, derivado etimologicamente do latim antigo *tripalium* (três paus), instrumento utilizado para tortura de escravos, que denota sofrimento. Posteriormente, no século XII, tal termo ingressou nas línguas neolatinas mantendo a conotação de sofrimento, de labuta, alusão que segue vigorando até os dias atuais, como no caso do francês (*travail*), que remete a um instrumento variante do *tripalium* usado na troca de ferraduras para a imobilização dos cavalos. (ARANHA; MARTINS, 2003; HEITZMANN, 2005).

Somente no século XVI pode-se fazer a distinção entre as atividades do labor e do trabalho. O labor é a mais obscura das atividades. Os bens que dele resultam são também os menos duráveis. O trabalho, diferentemente, constitui o mundo. Ele objetiva a produção de bens duráveis. Posteriormente, a palavra trabalhador deslocou o seu sentido para agricultor e operário. No fim do século XIX, os três últimos termos mal se distinguiam entre si. (ARENDRT, 2007). Por conseguinte, com a evolução da sociedade, os conceitos negativos do trabalho deram lugar ao trabalho como caminho para a realização pessoal e para a socialização, ou seja, o trabalho como meio de dignificação da pessoa, sendo essencial para a vida em sociedade. (HEITZMANN, 2005).

Na concepção marxista, o trabalho foi definido como a utilização da força de trabalho. Um processo pelo qual o homem regula sua interação com a natureza a fim de transformá-la, modificando-se a si mesmo. (MARX, 2008). A teoria marxista afirma que a distinção do processo de trabalho humano dos outros animais seria a capacidade criativa e reflexiva do ser humano do que se pretende com o ato de transformação, subordinando à vontade daquele que age. (BROTTO; DALBELLO-ARAUJO, 2012). Portanto, ressalta-se que o trabalho humano é orientado por um objetivo, tem uma finalidade prefigurada. (MARX, 2008).

Aplicando tal conceito marxista ao campo da saúde, estudos nessa vertente esclarecem que o objeto de trabalho em saúde está direcionado para diferentes perspectivas como a promoção, prevenção e/ou recuperação da saúde. Em qualquer

desses níveis no qual o trabalho ocorra, fica evidente a necessidade de envolvimento e a atuação de múltiplos agentes sociais, ou seja, de diferentes agentes que compõem a equipe multiprofissional, configurando-se, em qualquer cenário, como um trabalho coletivo, no qual o produto final é resultado de múltiplas intervenções executadas por distintos profissionais. (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Na década de 1970, os estudos sobre o trabalho na área de saúde concentravam-se, basicamente, ao redor da prática médica. Em 1980, esse conceito transcendeu aos particularismos associados à análise das funções das diversas profissões e passou a ser usado para descrever o conjunto de funções e atividades que se realizam nos estabelecimentos de saúde. A partir de então, o trabalho em saúde abrange atividades tão distintas quanto os trabalhos de higienização de roupas dos leitos, de contabilizar as despesas do hospital, de ler lâminas de exames, de examinar um paciente, entre outras. (NOGUEIRA, 2002).

No entanto, as características organizacionais evidenciadas no processo de trabalho em saúde são comuns a outros processos de trabalho, tais como a divisão social e técnica, a cooperação e a fragmentação na prestação dos serviços; seguindo, o modelo de organização científica do trabalho criado por Frederick W. Taylor, no início do século XX. (NOGUEIRA, 2002).

A fim de compreender de maneira simples e direta o trabalho em saúde, Faria e Dalbello-Araujo (2010, p. 432) afirmam que: “trata-se de um mundo complexo, dinâmico e criativo, no qual o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam cotidianamente”. O trabalho real é aquele que acontece efetivamente no cotidiano, com todos os problemas e necessidades que o trabalhador de saúde enfrenta diariamente, sejam eles materiais, organizacionais, interpessoais, físicos ou emocionais, e que estão longe das condições idealizadas pelos administradores. É dito complexo porque envolve uma variedade de atividades, cada qual com suas especificidades. Insere-se em cenários de processos organizacionais tanto audaciosos e flexíveis quanto burocráticos e centralizadores, além de ter várias características que o distingue de outros setores de trabalho e de produção, como, por exemplo, o tempo gasto em determinada operação, as diversas maneiras de utilizar uma mesma ferramenta. Desse modo, trabalho prescrito refere-se a tudo aquilo que está posto de antemão (normas, tempo gasto na operação, modo de utilizar ferramentas). (FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2010).

O número de trabalhadores que se dedicam ao trabalho em saúde tem crescido nos últimos anos, apesar do aumento de aparelhamentos tecnológicos que não dão conta de substituir o que os trabalhadores fazem. (ATHAYDE, 2011). Apesar disso, no Brasil os empregos no setor da saúde tiveram uma importante expansão, pois passaram de 1,4 milhões em 1992 para mais de três milhões em 2009, representando 4,3% dos 90,9 milhões de postos de trabalho ocupados no país, correspondendo a mais de 10% da massa salarial do setor formal em cerca de 3,9 milhões de postos de trabalho. (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

O mercado de trabalho em saúde tem como característica o uso intensivo e diversificado de mão de obra. No entanto, as modalidades de contratação, bem como as diversas jornadas de trabalho, mostram a complexidade das relações de trabalho e empregos. Essa situação tem gerado discussão no país em torno da precarização do trabalho. O setor de saúde está na interface dessa discussão, uma vez que comporta uma diversidade de jornadas de trabalho, que variam de 12 a 44 horas semanais, sendo essas indicadas como um dos desafios para a melhora das condições do trabalho em saúde. (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Nessa interface, encontra-se o contexto hospitalar, caracterizado ainda por excessiva carga de trabalho nas atividades exercidas por trabalhadores de saúde, além das jornadas de trabalho descritas anteriormente. Tais cargas estão relacionadas ao desenvolvimento de um processo de adoecimento do trabalhador de saúde, processo ainda mais complexo que a própria discussão da precarização do trabalho. (MAURO et al., 2010).

O fato é que o ambiente de trabalho influencia diretamente na saúde dos trabalhadores (MAURO et al., 2010). Atualmente, há consenso de que o trabalho pode tornar-se nocivo dependendo da sua natureza, qualidade e de sua quantidade. (BRASIL, 2001; MENDES, 2007; MATTOS et al., 2011). As mudanças na organização e nos processos de trabalho influenciaram o crescente adoecimento de trabalhadores de saúde nos últimos anos, incluindo as doenças relacionadas ao trabalho. (BROTTO; DALBELLO-ARAUJO, 2012).

Diante dessa problemática, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elegeu o decênio 2006-2016 como a década de valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde. (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007). Ainda é uma temática a ser pesquisada, o que torna importante sua discussão e investigação principalmente sobre os fatores

associados ao trabalho realizado pelos trabalhadores de saúde, que podem resultar no adoecimento destes. (BROTTO; DALBELLO-ARAUJO, 2012).

3.2 SAÚDE DO TRABALHADOR

A relação entre o trabalho e o adoecimento aparece descrita nos papiros egípcios, no mundo greco-romano e na Idade Média. Porém, essa relação não gerava preocupação, pois o trabalho era destinado a escravos ou ao regime servil. (MENDES, 2007; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A partir da Revolução Industrial, os estudos sobre essa relação se iniciam, em meados de 1700, o médico italiano Bernardino Ramazzini descreve em seu livro *Le malenttie dei lavoratori De Morbis Artificum Diatriba*, a primeira noção de riscos à saúde. Neste livro foram abordadas questões habituais da anamnese médica a preocupação com a ocupação do paciente e também a descrição de mais de cinquenta doenças geradas por agentes específicos a determinadas ocupações. Esse autor é considerado por autores nacionais e internacionais como o precursor para os estudos das doenças relacionadas ao trabalho. (MENDES, 2007). Porém, fazer associação entre as condições de trabalho e o processo de adoecimento do trabalhador naquela época era pretensioso, pois não haviam exames laboratoriais e de medição de riscos ambientais que pudessem auxiliar no diagnóstico das doenças e, por isso, não era aceitável compreender que o trabalho era o desencadeador dos adoecimentos. (PENA; GOMES, 2011).

No entanto, a preocupação com a saúde do trabalhador tornou-se um foco de atenção somente a partir da primeira metade do século XIX com a Revolução Industrial. O tema ganhou visibilidade com o início da Medicina do Trabalho na Inglaterra, devido à preocupação de empregadores com o desenvolvimento do trabalho pelos seus trabalhadores. (MARQUES; MARTINS; SOBRINHO, 2011). Nessa mesma época, em resposta a pressões do movimento trabalhista, foi criada a “Inspetoria de Fábricas”, órgão do Ministério do Trabalho Britânico responsável pela verificação das doenças profissionais que acometiam os trabalhadores e de como a saúde do trabalhador estava sendo protegida contra os agentes de risco e agravos. (LAURELL, 1989). Destaca-se que nesta época as jornadas de trabalho eram longas e as condições ambientais insalubres e sem condições sanitárias.

Entretanto, essas atividades passaram a ser realizadas por empresas que assumiram a responsabilidade pelas ações de diagnóstico e de tratamento, de prevenção de fatores de riscos e de proteção à saúde dos trabalhadores. Naquele período, cada empresa deveria possuir um médico que trabalhasse na prevenção dos danos à saúde resultantes do trabalho. (MENDES, 2007). Essa preocupação em prover assistência médica aos trabalhadores surgiu no cenário internacional por meio da criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 1919, a partir do Tratado de Versalhes. Esta organização teve como objetivo formular e aplicar normas internacionais de segurança e saúde no trabalho. Ressalta-se que o Brasil é um dos membros fundadores da OIT, participando da Conferência Internacional do Trabalho desde a sua primeira reunião. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2011).

Assim, em 1953, a OIT, por meio da Recomendação nº 97 que referenciava sobre a “Proteção da Saúde dos Trabalhadores”, determinou que os seus países membros deveriam fomentar a formação de médicos do trabalho qualificados para atender aos trabalhadores nas indústrias. A Recomendação nº 97 foi complementada pela Recomendação nº 112, a qual tratava sobre os Serviços de Medicina do Trabalho. Esses serviços deveriam ratificar a função de assegurar a proteção aos trabalhadores contra os riscos os quais estavam expostos; além de possibilitar o bem-estar físico e mental dos trabalhadores. (MENDES, 2007).

No entanto, o conceito de Medicina do Trabalho tinha uma abordagem que se restringia à visão biológica e individual do trabalhador, e somente a intervenção médica não era mais suficiente para garantir a saúde do trabalhador. Esse conceito foi substituído pelo de Saúde Ocupacional ou de higiene industrial. Dessa forma, o ambiente no qual o trabalhador estava inserido passou a ser considerado na relação saúde/doença, iniciando um movimento de prevenção. (MARQUES et al., 2015).

Tal como a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional não deu conta de responder as necessidades de saúde dos trabalhadores. Por ter um modelo ainda centrado no conhecimento médico firmado no mecanicismo, não exercia a interdisciplinaridade, a capacitação, a produção de conhecimentos e de tecnologia, não acompanhava o ritmo da mudança dos processos de trabalho. Continuava abordando os trabalhadores como meros objetos das ações de saúde. Todos esses fatores, juntamente com os questionamentos sobre o sentido da vida, o valor da liberdade e o significado do trabalho, acabaram levando à exigência da participação

dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança a partir da segunda metade da década de 1960. (MENDES; DIAS, 1991).

Essas exigências suscitaram, então, novas políticas sociais, em diversos países como nos Estados Unidos, na Inglaterra, na França, na Noruega e no Canadá e o Modelo Operário na Itália. Tais leis determinavam os direitos fundamentais dos trabalhadores: o direito à informação; o direito à recusa ao trabalho em condições de risco; e o estabelecimento de mecanismos de participação nos processos de decisão das questões relativas ao processo de trabalho. (MENDES, 2007).

Diante das transformações no mundo do trabalho, era preciso compreender melhor o papel exercido pelo trabalho na determinação do processo saúde-doença. Os modelos tradicionais adotados pela Medicina do Trabalho, com o seu conceito unicausal de doença e pela Saúde Ocupacional, mostraram-se insuficientes. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; MINAYO-GOMES; LACAZ, 2005; DALDON; LANCMAN, 2013). Esse processo levou à exigência da participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança em alguns países.

Na medida em que a organização do trabalho ampliava sua importância na relação trabalho e saúde, eram necessárias novas estratégias para a modificação de condições de trabalho em contraposição à base conceitual e prática das concepções hegemônicas sobre a relação trabalho-saúde da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. (MENDES; DIAS, 1991).

Diante desse processo de questionamento, emergiu o discurso da Saúde do Trabalhador como parte integrante do campo da saúde coletiva. Esse modelo propõe-se a ultrapassar as articulações simplificadas e reducionistas entre causa e efeito de ambas as concepções sustentadas pela visão unicausal, entre doença e um agente específico; ou multicausal, entre a doença e um grupo de fatores de riscos (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), presentes no ambiente de trabalho. (LACAZ, 2007).

No Brasil, a Saúde do Trabalhador teve início no século XX, indicando o campo de conhecimentos vinculado à saúde coletiva. (DALDON; LANCMAN, 2013). A Saúde do Trabalhador trouxe uma mudança conceitual, passou a relacionar a saúde com o processo de trabalho e considerar a subjetividade do trabalhador. (MARQUES; MARTINS; SOBRINHO, 2011). Atualmente estes três conceitos coexistem, não sendo possível dissociá-los no Brasil.

No entanto, durante mais de 50 anos, intervir no espaço do trabalho no Brasil era atividade ligada ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, com ações

limitadas às normas da Higiene e Segurança do Trabalho e com sanções exclusivamente vinculadas às leis e normas por ele determinadas. Em 1944, por exemplo, a Consolidação das Leis do Trabalho priorizava apenas os acidentes ocorridos no ambiente do trabalho. (DALDON; LANCMAN, 2013).

Somente com a Promulgação da Constituição de 1988 configurou-se a Saúde do Trabalhador como um direito à saúde, previsto como competência do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir disso, o setor de saúde do Estado passou a coordenar as ações de Saúde do Trabalhador, intervindo nos espaços de trabalho. (BRASIL, 1988).

Regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990), o campo da Saúde do Trabalhador procura compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença, as possibilidades de mudança dos processos de trabalho e a participação dos trabalhadores como sujeitos de sua vida e de sua saúde, capazes de contribuir e intervir politicamente para transformar a realidade. (MENDES, 2007; BRASIL, 1990).

Atualmente, a Saúde do Trabalhador no Brasil integra as ações do Ministério da Saúde e se configura como uma área da saúde pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Busca-se a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio de ações de vigilância dos riscos ambientais, condições de trabalho e dos agravos à saúde, bem como ações de tratamento e reabilitação de forma integrada pelo SUS. (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, políticas públicas foram propostas no intuito de se proteger a saúde do trabalhador, entre elas, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2009). Essa entidade, por sua vez, volta-se ao estabelecimento de uma rede de informações e práticas de saúde, de maneira organizada para a implementação de ações assistenciais, de vigilância, de prevenção e de promoção à saúde, em articulação com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), responsáveis pelo diagnóstico e registro dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho, bem como pela prestação, assistência ou investigação das condições de segurança no ambiente de trabalho por meio de um Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. (BRASIL, 2012b).

O PNSST propõe ações de apoio e melhoria das condições de saúde dos trabalhadores, evitando agravos relacionados aos aspectos laborais e elevando a

qualidade de vida no ambiente de trabalho. (BRASIL, 2012b). As diretrizes sobre sistemas de gestão da segurança e saúde no trabalho são importantes por trazerem medidas preventivas e corretivas, tais como o enfoque na prevenção de fatores de riscos, a investigação de lesões, as degradações da saúde, entre outras particularidades. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2005). Ressalta-se que este plano abrange todos os trabalhadores independentemente das relações de trabalho. Já para os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), existem as Normas Regulamentadoras (NR), que visam garantir a segurança, proteção e a saúde dos trabalhadores de saúde. Dentre elas, destaca-se a NR 32, que é específica para os trabalhadores de saúde. (BRASIL, 2005; BRASIL, 2008; BRASIL, 2011a).

No que diz respeito ao contexto apresentado, observa-se que as bases conceituais e legais que definem a Saúde do Trabalhador evoluíram durante os anos, revelando uma importante atuação dos Ministérios da Saúde e Ministério do Trabalho no desenvolvimento das políticas públicas de saúde e de trabalho. No entanto, permanece um distanciamento entre o conhecimento teórico, a sua apreensão e a sua aplicação no ambiente de trabalho. (BAPTISTA et al., 2011).

3.3 CAPACIDADE PARA O TRABALHO

O modelo teórico sobre capacidade para o trabalho surgiu na década de 1980, quando o *Finnish Institute of Occupational Health* (FIOH – Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional) entendeu a importância de avaliar a perda da capacidade para o trabalho inicialmente como consequência do envelhecimento da população trabalhadora. Tuomi e demais pesquisadores do FIOH realizaram, um estudo de seguimento pelo FIOH durante onze anos (1981 - 1992), a partir do qual foi possível entender que a capacidade para o trabalho é uma condição resultante da combinação entre recursos de saúde individual em relação às demandas físicas e mentais do trabalho, cultura organizacional e ambiente ocupacional. (TUOMI et al., 1997).

Como resultado do estudo do FIOH, foi elaborado o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), um instrumento que permite avaliar a capacidade para o trabalho a partir da percepção do próprio trabalhador. O parâmetro serve para a elaboração de um panorama geral a respeito da capacidade para o trabalho, da capacidade funcional

e dos fatores que as afetam. (TUOMI et al., 1997; TUOMI et al., 2010). Assim, o ICT tornou-se um importante indicador de saúde do trabalhador por abranger aspectos relativos à saúde física, bem-estar psicossocial, competência individual e condições do trabalho. (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010).

Então, em 1993, o *WHO – Study Group on Aging and Working Capacity* (Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento e capacidade de trabalho da OMS) considerou que o conceito de Capacidade para o Trabalho (CT) envolve, em um sentido amplo, todas as capacidades necessárias à execução de um determinado tipo de trabalho, e, no que tange um sentido restrito, expressa a aptidão para o trabalho. (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010).

Sendo assim, o conceito de capacidade para o trabalho, no enfoque da saúde do trabalhador, pode ser entendido como: “o quão bem está, ou estará, um trabalhador, neste momento ou num futuro próximo, e quão capaz ele está para executar o seu trabalho, em função das exigências, do seu estado de saúde e da sua capacidade física e mental”, (TUOMI et al., 2010, p. 9), sob o prisma do próprio trabalhador.

Em 2005, a professora do departamento de Saúde Ambiental, da Faculdade de Saúde Pública da USP, Prof^a Dr.^a Frida Mariana Fisher, coordenou a tradução e a publicação do instrumento ICT na versão brasileira pela EdUFSCar – Editora da Universidade Federal de São Carlos. (TUOMI et al., 2010). Essa versão foi validada, verificando, assim, a confiabilidade para a avaliação do ICT, em um estudo transversal com 475 trabalhadores dos setores de transmissão de energia, estações avançadas de distribuição de energia, recursos humanos e contabilidade de uma empresa do setor elétrico da região de Campinas, no estado de São Paulo. (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009).

Em 2011, um estudo com 1.436 trabalhadores de enfermagem de três hospitais públicos da cidade do Rio de Janeiro (RJ) estimou a validade e a confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT), concluindo que o mesmo apresenta propriedades psicométricas adequadas quanto à validade de construto e à confiabilidade, referendando a sua aplicabilidade em pesquisas na área da saúde do trabalhador. (SILVA JUNIOR, 2011). Por último, em 2013, os resultados aceitáveis em relação à estabilidade do ICT de um estudo com trabalhadores de enfermagem deram suporte adicional para a aplicabilidade do índice em pesquisas nesta área, a partir da

demonstração da consistência interna do instrumento e grau aceitável de confiabilidade por meio do teste-reteste. (SILVA JUNIOR, 2013).

Em um estudo multicêntrico realizado com cerca de 38.000 enfermeiras de dez países europeus, o ICT apresentou consistência interna coerente, estabilidade entre países com padrões semelhantes de confiabilidade e de estrutura fatorial, e correlações com diversas situações de bem-estar físico e mental, sinalizando que o uso do ICT pode ser generalizado, independente da cultura. (RADKIEWICZ; WIDERSZAL-BAZYL, 2005).

A manutenção da capacidade para o trabalho envolve condições de saúde e de trabalho adequadas, independente de quais sejam as relações interpessoais ou ambientais, influenciadas pelas transformações ocorridas nas últimas décadas. As já referidas transformações, o envelhecimento mundial da população, o aumento das doenças crônico-degenerativas, as mudanças na sociedade e na família, as novas tecnologias, as alterações no trabalho, entre outros fatores, repercutem na capacidade do trabalhador, caracterizando-se como um desafio para gestores e pesquisadores em saúde do trabalhador. (SOUZA, 2012).

Atualmente, estudos sobre a temática têm importância devido ao envelhecimento mundial de populações ativas. (GODINHO et al., 2016). O envelhecimento da população trabalhadora e as evidências de que a possibilidade de se ter uma vida melhor e mais longa no trabalho dependem fortemente da promoção à permanência do trabalhador na sua carreira. Para tanto, a melhor maneira de se aumentar os anos de trabalho é iniciar a promoção da CT no início da vida profissional. (SAMPAIO; AUGUSTO, 2012).

A OIT estimou que, até 2025, a proporção de indivíduos com idade superior a 55 anos será de 17% na América Latina, 21% na Ásia, 30% na América do Norte e 32% na Europa, sendo tais números, em todos os casos, a representação da maioria ativa no mercado de trabalho. (CHUMG et al., 2015). O processo de envelhecimento funcional do trabalhador é influenciado por demandas mentais e físicas do seu exercício laboral, com reflexos diretos sobre sua capacidade para o trabalho. (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010; SILVA et al., 2010). Portanto, para se manter a capacidade dos trabalhadores, torna-se imprescindível o suporte para as necessidades individuais, características do trabalho, cultura na organização deste processo e, principalmente, para as atitudes diante à questão do envelhecimento dos trabalhadores.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), trabalhadores em envelhecimento são aqueles com mais de 45 anos de idade. Acredita-se que, a partir dessa idade, a capacidade laborativa tende a reduzir na ausência de medidas preventivas e condições de trabalho adequadas, o que pode resultar em uma saída precoce da força de trabalho o que é maior do que as resultantes de morbidade ocupacional. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994).

Um estudo de revisão integrativa sobre fatores preditivos de incapacidade para o trabalho apresentou um estudo realizado com 636 funcionários públicos de cuidados domiciliares na Finlândia, que apresentaram o primeiro declínio da capacidade para o trabalho entre os 40 e 44 anos, e um segundo, em torno dos 55 anos. Além disso, o Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional evidenciou que após os 45 anos, a capacidade deteriorou em torno de 1,5% ao ano, havendo um aumento do número de incapacidades.

Nesse sentido, outro estudo que acompanhou 639 trabalhadores destacou que trabalhos com predomínio de demanda mental podem prevenir limitações cognitivas que são comuns com o envelhecimento. Analisando esses achados, pode-se inferir que as mudanças decorrentes do envelhecimento no trabalho não trazem apenas perdas, e que as condições físicas e psicossociais interferem na relação entre idade e capacidade laboral. (SAMPAIO; AUGUSTO, 2012).

No Brasil, a preocupação com a manutenção da CT necessita de mais aprofundamento, e discussões que considerem os fatores sociodemográficos, estilos de vida, condições de saúde e situações precárias de trabalho, caracterizadas por jornadas de trabalho extensas e/ou irregulares, pela terceirização da mão de obra e pelo subemprego. Além disso, os aspectos intrínsecos da atividade exercida contribuem para a diminuição da capacidade para o trabalho. (FISCHER et al., 2005; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010; HILLESHEIN; LAUTERT, 2012).

Um estudo com trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público identificou múltiplos fatores relacionados à diminuição da capacidade de trabalho, dentre eles, questões sociodemográficas, como sexo e idade, condições de trabalho e presença de doenças. (SILVA et al., 2010). Outro estudo com 600 trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública mostrou que a determinação do ICT tem um valor preditivo em casos de ausência por doença a longo prazo e aposentadoria antecipada. (GODINHO et al., 2016).

Logo, investir na melhoria e na manutenção da capacidade de trabalho, com adoção de medidas corretivas e, principalmente, preventivas em qualquer idade, refletirá na qualidade de vida do tabalhador, previnirá a incapacidade para o trabalho, a aposentadoria precoce e o surgimento de doenças relacionadas ao trabalho, além de incidir na redução do absenteísmo. (WELCH, 2009; HILLESHEIN et al., 2011).

3.4 DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS E A SAÚDE DO TRABALHADOR

São consideradas doenças crônicas aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que não leva à cura. (BRASIL, 2014b).

As doenças crônicas compõem, atualmente, o conjunto das condições crônicas que, por sua vez, são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente. Nesses casos, exigem-se sempre respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos trabalhadores de saúde e das pessoas para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. (MENDES, 2011; BRASIL, 2013). Há, portanto, grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos e de suas famílias, além do que se refere às relações com o ambiente físico e social, levando o indivíduo a adaptar-se a um novo estilo de vida. (BONETTI; SILVA; TRENTINI, 2013).

Sendo assim, a condição crônica pode ser vista por duas perspectivas: uma que envolve o sistema de saúde, sua organização e disponibilização de seus recursos, sendo denominada perspectiva macro de gestão; e a perspectiva micro, que considera o cotidiano das pessoas ao gerenciar o cuidado necessário à pessoa adoecida. (BELLATO et al., 2011).

As condições crônicas, especialmente nas doenças crônicas, iniciam e evoluem lentamente. Ao contrário das condições agudas nas quais, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas geram outros sintomas e à perda de capacidade laboral. Cada sintoma pode gerar outros, como em um ciclo vicioso, exemplificando, a tensão muscular gera dor, que pode causar estresse e à ansiedade, que podem desencadear problemas emocionais e resultar em depressão que assim, realimenta a condição crônica. (MENDES, 2012).

Nessa perspectiva, as condições crônicas estão associadas a diversos sintomas e a perda da capacidade laboral, a qual é avaliada a partir da presença e da extensão das limitações impostas pela perda da capacidade física e mental do indivíduo, afetando diretamente a qualidade de vida que é influenciada pela idade e pela presença de comorbidades crônicas. (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011; ROTHROCK et al., 2010).

Contudo, as condições crônicas vão além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas etc.), ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas etc.), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida; distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.); doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos. (MENDES, 2012).

Diversas são as maneiras como as pessoas enfrentam a sua condição crônica de saúde e os caminhos que percorrem na busca de resolutividade para as suas necessidades físicas, psíquicas e sociais. (BELLATO et al., 2009). Essa experiência traz subsídios teóricos para a reflexão dos trabalhadores de saúde sobre a condição crônica, que requer produção, busca e gerenciamento de cuidados de modo continuado. (SILVA et al., 2013).

Destarte, os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Além disso, os trabalhadores podem adoecer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado. (MENDES, 2007). Essa evidencia foi identificada em um estudo com 240 enfermeiros de diversas instituições de saúde e de ensino no município de Pelotas, Rio Grande do Sul. O estudo comprovou que 37,2% desses trabalhadores são portadores de doenças crônicas, como a hipertensão arterial, a *diabetes mellitus*, os transtornos depressivos e as doenças osteomusculares. (PORTO et al., 2013).

Para tanto, as doenças crônicas têm uma importância singular na atenção à saúde da população, devido ao ritmo de crescimento populacional, avanço das tecnologias e por conta do processo de modernização, que proporcionou um aumento na longevidade humana e a diversificação dos estilos de vida, conduzindo a uma nova dinâmica social para as doenças crônicas, principalmente as não transmissíveis. (COMISSÃO EUROPEIA, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs caracterizam-se como principal problema de saúde no Brasil, afetando, principalmente, a população pobre e os grupos mais vulneráveis. Em 2009, de todas as causas de mortes registradas no Brasil, 66,6% foram devido a doenças crônicas não transmissíveis. (BRASIL, 2012c). Em 2013 esse número aumentou e as DCNT's foram responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil, segundo a última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). (IBGE, 2016).

As DCNT constituem as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e DM, por acarretarem diversos agravos não-infecciosos, pela variedade de fatores de risco e, ainda, por serem passíveis de união a deficiências e incapacidades funcionais. Desse modo, exige-se o monitoramento e o tratamento constante devido ao seu curso prolongado. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Nesse contexto, o modelo de atenção à saúde adotado no Brasil não estava acompanhando as mudanças no perfil epidemiológico da população, na qual houve uma ascensão do número de registros de doenças crônicas, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde. (MENDES, 2011). Assim, em 2011, foi elaborado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 2011-2022, que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas de forma efetiva, integrada, sustentável e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco, por meio de uma estrutura organizacional. (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013).

Diante de tal premissa, faz-se necessário conhecer o ambiente labora para a identificação de situações que comprometam a saúde e a busca por estratégias de prevenção e controle das mesmas. Dentre as estratégias a serem utilizadas, estão medidas que envolvam a equipe interdisciplinar na implantação de programas de

manutenção da saúde e a prevenção de doenças relacionadas ou não ao trabalho. (MOURA et al., 2015).

Considerando a literatura estudada, as doenças crônicas são comuns dentro das populações adultas dos países industrializados. Estudo com trabalhadores alemães entre 2008 e 2010 forneceram informações sobre a prevalência de 20 condições crônicas de saúde comuns em trabalhadores e não-trabalhadores. (KROLL; LAMPERT, 2011). Estudos mostraram que as doenças crônicas também estão relacionadas com a idade e com o aumento da expectativa de vida. (FUCHS et al., 2009; VAREKAMP; MARTINS et al., 2011; VAN DIJK; KROLL, 2013).

Enquanto cerca de metade da população com idade entre 30 e 49 anos tem uma ou mais doenças crônicas, esse número sobe para 74% e 79%, respectivamente, para homens e mulheres com idade entre 50 e 64 anos. Mais da metade das pessoas nessa faixa etária ainda apresenta duas ou mais doenças crônicas. (FUCHS et al., 2009; VAREKAMP; VAN DIJK; KROLL, 2013). Com o envelhecimento da força de trabalho, isso significa que o número de trabalhadores não saudáveis irá aumentar progressivamente, gerando prejuízos socioeconômicos tanto para os trabalhadores quanto para a sociedade.

A hipertensão arterial, o diabetes, as doenças degenerativas do sistema musculoesquelético, a hipercolesterolemia e a depressão são as principais causas de adoecimento apresentadas na PNS brasileira. (IBGE, 2016).

Embora a maioria das categorias de doenças tem uma prevalência baixa, geralmente inferior a 10%, também nos grupos etários mais elevados, isso não vale para as condições de risco cardio-metabólicas e distúrbios musculoesqueléticos. Nos fatores de risco cardio-metabólicos ou condições crônicas como hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia e diabetes, são encontrados em mais de 30% dos homens com idade entre 30 e 49 anos, e cerca de 25% das mulheres com a mesma idade. Nas idades de 50 a 64 anos, os riscos cardio-metabólicos são encontrados em 60% dos homens e mulheres. (FUCHS et al., 2009).

A depressão e as doenças cardiovasculares são as principais causas da falta de saúde e dos custos econômicos e sociais a nível mundial. Em 2020, prevê-se que o transtorno depressivo maior e doença cardíaca coronária serão as duas principais causas globais da incidência de doenças. (O' NEIL et al., 2012).

A proporção de hipertensos no país aumenta com o passar da idade. Entre os jovens, de 18 a 29 anos, o índice é de apenas 2,8%; dentre as pessoas de 30 a 59

anos é de 20,6%, passando para 44,4% entre 60 e 64 anos, 52,7% entre 65 e 74 anos e 55% entre as pessoas com 75 anos ou mais; e, o diagnóstico de depressão corresponde 7,6% da população – sendo que a prevalência é de 10,9% entre as mulheres e 3,9% nos homens. A doença é mais comum entre os idosos acima de 60 anos - 11,1%. (IBGE, 2016).

Os distúrbios musculoesqueléticos são encontrados em 20% dos homens e 25% das mulheres entre 30 e 49 anos. Mais de um terço dos homens de 50 a 64 anos de idade têm uma doença osteomuscular e, para as mulheres nessa faixa etária, esse número é quase de 50%. (FUCHS et al., 2009).

No Brasil a doença crônica de coluna atingi 8,7% dos jovens de 18 a 29 anos, e aumenta para 26,6% entre as pessoas com 60 anos ou mais. (IBGE, 2016).

Entre os principais fatores relacionados ao adoecimento crônico estão as condições de trabalho desfavoráveis. No que diz respeito a essa relação constata-se que o trabalhador se depara com um universo profissional que, frequentemente, faz exigências além da sua capacidade laboral. Tal fato gera um constante estado de estresse entre os trabalhadores. Por conseguinte, as doenças surgem quando a capacidade do indivíduo se esgota para responder ao trabalho de forma saudável. (SALVADOR; SILVA; LISBOA, 2013).

3.5 ABSENTEÍSMO NO AMBIENTE HOSPITALAR

A OIT (1999) define absenteísmo como a ausência não programada do trabalhador no seu ambiente de trabalho por mais de um dia, seja por ordem médica ou qualquer outra razão, independente de remuneração. Esclarece-se ainda a respeito das ausências tidas como previstas, caso das férias, das folgas e dos feriados; parcialmente previstas (maternidade, paternidade e outras licenças amparadas por lei); ou as não previstas, aquelas justificadas por licenças médicas, acidente de trabalho e luto. Podem também ser faltas abonadas e com rendimentos ou não abonadas, geralmente injustificadas e sem rendimentos.

Quando a ausência é decorrente de doença certificada por licença médica, é usualmente denominada de absenteísmo-doença. (PCIAOH, 1973). Esse tipo de afastamento representa a principal causa de todas as ausências não programadas no trabalho, o que abrange cerca de 75% ou a totalidade das ausências na indústria justificadas por atestados médicos. (SANCINETTI et al., 2011). Estudos realizados no

Brasil com profissionais de enfermagem registram resultados semelhantes que variam entre 75% e 81% das ausências justificativas por atestados médicos. (FAKIH; TANAKA; CARMAGNANI, 2012; SANTANA et al., 2013).

O atestado médico é destacado em estudo nacional como uma válvula de escape utilizada pelo trabalhador para fugir de situações indesejáveis, conflituosas ou até mesmo para demonstrar insatisfação no trabalho. (SANCINETTI et al., 2011). Autores como Notenbomer e diversos pesquisadores associados (2015) afirmam que o absenteísmo-doença frequentes são um mecanismo de enfrentamento para lidar com as demandas de trabalho estressante. No contexto internacional, um estudo desenvolvido por Roelen e colaboradores (2013b) acompanhou durante um ano a 1.582 enfermeiros noruegueses, buscando identificar a relação entre o absenteísmo e a satisfação com o trabalho. O resultado desse estudo mostrou que a baixa satisfação no trabalho estava associada com as chances de ausência por doença. Além disso, o enfermeiro vivencia um processo de trabalho com altos níveis de estresse advindos do convívio com o sofrimento e da dor do outro, levando-o também ao desgaste psicoemocional. (SILVA et al., 2016).

Independente da categoria profissional, o elevado índice de absenteísmo no ambiente hospitalar desorganiza o serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre os trabalhadores presentes, podendo comprometer a qualidade da assistência prestada ao paciente. (SANCINETTI et al., 2011). Nesse sentido, o conhecimento do absenteísmo dentro dos serviços hospitalares constitui-se um importante indicador de análise para gestores e supervisores, tanto na qualidade e na segurança do trabalho prestado, como também na organização das equipes de trabalho. (SILVA et al., 2016).

Estudos descritos por Leijten e colaboradores (2013) apoiam a ideia de que fatores relacionados com o trabalho sob a influência de algum tipo de doença afetam o absenteísmo-doença em diferentes medidas. Ademais, os problemas de saúde têm sido associados com o absenteísmo e presenteísmo em diversos estudos. Isso ocorre, principalmente, em indivíduos com doenças crônicas que apresentam menor probabilidade de estar no emprego o tempo inteiro do que aqueles sem algum tipo de doença. (AIHW, 2009).

Para as organizações, o absenteísmo tem sido um problema por estar ligado a múltiplos fatores, tornando-se extremamente complexo e de difícil gerenciamento. (FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014). As consequências econômicas para o empregador, para o governo ou instituições, e para os próprios trabalhadores são

preocupantes, pois, dependendo do agravo e do tempo de afastamento do trabalho, comprometem o desenvolvimento de um país. (ZECHINATTI et al., 2012). Tal preocupação está descrita em estudos sobre LER/Dort que evidenciam esse agravo como um dos mais significativos fatores causadores do absenteísmo doença no Brasil e, ainda, como o maior causador de recorrência de ausência em países da Europa. (ROELEN et al., 2010; ZECHINATTI et al., 2012).

Outros estudos afirmam, ainda, que as doenças osteomusculares, as doenças do aparelho respiratório e os transtornos mentais e comportamentais são os grupos de distúrbios com maior impacto na quantidade de dias de afastamento do trabalho em enfermagem e em operadores de plano de saúde. Esses estudos enfatizam ainda a relação de tais condições de saúde com o ambiente de trabalho e refletem a precariedade das condições laborais e organização da dinâmica do trabalho. (MARTINATO et al., 2010; SANCINETTI et al., 2011; GABRIEL et al., 2011; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014).

Indica-se um círculo vicioso no qual as condições desfavoráveis de trabalho geram doenças crônicas que geram absenteísmo, assim como o absenteísmo gera em quem está presente no trabalho condições desfavoráveis que levam as doenças crônicas. (ROELEN et al., 2010; MARQUES et al., 2015).

As condições laborais têm se destacado nas discussões de fatores que contribuem para o processo de adoecimento e para o absenteísmo dos trabalhadores da saúde nas instituições de saúde. Em ambos os casos, o relacionamento interpessoal ineficaz, a sobrecarga de trabalho, a desorganização do serviço, a falta de suporte psicossocial, o duplo vínculo de trabalho, a falta de apoio para o aprimoramento profissional, a ausência de espaços de diálogo e a cooperação acabam representando os principais fatores. (OLIVEIRA; XAVIER; ARAÚJO, 2013; ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014).

A OIT reforça por meio da Recomendação n° 171 e da Convenção n° 161 a importância de registrar as causas do absenteísmo, a fim de se obter dados para a realização de análises que contribuirão para conhecer a dimensão, as determinações e as causas do absenteísmo e propor soluções. (MENDES, 2007). Desse modo, fatores favoráveis no trabalho, tais como o suporte organizacional e social adequado, a elevada autonomia e cargas físicas e emocionais baixas podem ajudar os trabalhadores com problemas de saúde a permanecer produtivo no trabalho e evitar ou reduzir o absentismo-doença. (LEIJTEN et al., 2013).

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo de corte transversal, descritivo-analítico, de abordagem quantitativa, com base na quantificação e na análise de informações sobre eventos ligados à saúde dos trabalhadores. Caracterizou-se como transversal, pois a coleta de dados ocorreu em um ponto determinado do tempo. Esse tipo de delineamento fornece informações sobre a prevalência de determinada doença, sendo, por sua vez, úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição. Considerado um estudo rápido e de baixo custo, apontando resultados que podem contribuir para a definição das características demográficas. (HULLEY et al., 2008).

Esta pesquisa pertence ao projeto temático: “Vigilância em saúde: uma ferramenta de gestão do processo saúde doença do trabalhador em ambiente hospitalar”, que vem sendo desenvolvido desde março de 2015.

4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital público de médio porte, situado no município de Curitiba, capital do estado do Paraná, geograficamente localizada no Primeiro Planalto Paranaense, na região sul do Brasil. Curitiba está localizada na 2ª Regional do Estado do Paraná, que é composta por 29 municípios, incluindo a capital, com uma densidade demográfica de 4.490,07 hab/km². Fundada em 1693, com a emancipação de Paranaguá, Curitiba é considerada, hoje, a cidade com melhor qualidade de vida do estado. A população residente na capital está estimada em 1.893.997, em área urbana. Juntamente com sua região metropolitana, formada por 26 municípios, a população é de 3,2 milhões de habitantes. (IPARDES, 2016).

O índice de desenvolvimento humano (IDH-M) de Curitiba é considerado como o primeiro do Estado e 10º do país, com valor correspondente a 0,823¹. A expectativa de vida da população é superior a 76,3 anos e as principais causas de morte estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias e causas externas. A população economicamente ativa de Curitiba é de 995.543 pessoas; a

¹ O IDH-M varia de 0 a 1, sendo considerados altos os valores superiores a 0,800. (IPARDES, 2016).

ocupada é de 947.195 pessoas, compreendendo 48.945 trabalhadores de serviços de saúde, humanas e áreas sociais, lotados em 2.331 estabelecimentos de saúde no município. (IPARDES, 2016).

O hospital possui 222 leitos sendo referência em traumatologia no Brasil. Conta com 1533 colaboradores, compondo-se de 359 médicos, 530 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) e demais colaboradores pertencentes aos serviços assistenciais (fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, bioquímicos, entre outros), administrativos e de apoio (serviços gerais, manutenção, vigilância, entre outros). (HOSPITAL DO TRABALHADOR, 2015).

Para delimitar a população desta pesquisa foram utilizados relatórios gerenciais do Sistema de Monitoramento da Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem (SIMOSTE) como fonte de dados secundários obtidos a partir dos registros de afastamentos dos trabalhadores de saúde no ano de 2014 no hospital da pesquisa. A opção pelos dados do ano de 2014 ocorreu em razão de serem os últimos dados completos e inseridos no sistema.

O SIMOSTE é um *software* que foi criado e patenteado pelo Grupo de Pesquisa “Estudos da Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem” da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e foi implementado em sete hospitais das diferentes Regiões do Brasil. Este *software* foi desenvolvido para captar dados sobre as exposições e agravos a saúde com os trabalhadores de enfermagem e demais áreas da saúde e seus determinantes, geradores de potenciais de desgaste e fortalecimento, assim como monitorar a saúde e das condições de trabalho por meio de indicadores. (BAPTISTA et al., 2011; MININEL et al., 2013).

A população da pesquisa foi composta por 697 trabalhadores de saúde lotados no hospital da pesquisa, independente da profissão, que tiveram registros de afastamentos por licença médica registrados no SIMOSTE. O dado considerado de interesse para o estudo foi o afastamento por licença médica, ocorrido no período compreendido entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2014.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Possuir relação de trabalho com o hospital no período da coleta de dados.

Apresentar registro de afastamento por licença médica no SIMOSTE, no período compreendido entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2014.

Ser trabalhador de saúde². (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011a).

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Apresentar registro de afastamento por acidente de trabalho registrado no SIOMSTE, no período compreendido entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2014.

Estar afastado do trabalho no período da coleta de dados.

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados entre os meses de janeiro e fevereiro de 2016.

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos de pesquisa. O Questionário I - Sociodemográfico e Ocupacional e Comportamental (APÊNDICE 1), foi um questionário elaborado pela pesquisadora que contém as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de comportamento de saúde e estilo de vida e, que identificava a presença de uma ou mais doenças crônicas. Esse instrumento foi utilizado entre todos trabalhadores de saúde com afastamento por licença médica em 2014, compondo a primeira parte da pesquisa.

Para a segunda parte, foi utilizado o Questionário II - Índice de Capacidade para o Trabalho (ANEXO 1), o qual foi preenchido logo em seguida do primeiro, mas apenas pelos trabalhadores de saúde que assinalaram pelo menos uma doença crônica no Questionário I. Esse segundo instrumento corresponde a um questionário elaborado por um Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, de autoria de Tuomi e de seus colaboradores (1997), buscando avaliar o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), o qual foi traduzido e publicada a primeira versão brasileira pela EduFSCar em 2005. (TUOMI et al., 2010).

O ICT é um questionário composto por dez questões fechadas que possibilitam avaliar a capacidade para o trabalho, a partir da percepção do próprio trabalhador, e

² Trabalhador de saúde compreende todos aqueles que trabalham em serviços de saúde, públicos ou privados, cujas atividades estão direta ou indiretamente relacionadas à promoção e assistência à saúde. Estão incluídos nessa classificação além dos profissionais de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Assistência Social, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Nutricionista, Bioquímico, os trabalhadores dos serviços de apoio como, Nutrição, Farmácia, laboratórios, limpeza, lavanderia e rouparia, reforma e manutenção, administração, transportes, informática, entre outros. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011a).

constituídas de maneira autoaplicável, organizadas em sete itens com questões ponderadas em escore numérico, conforme o QUADRO 1:

QUADRO 1 – ITENS DO ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO, NÚMERO DE QUESTÕES PARA AVALIAR CADA ITEM E ESCORE DAS RESPOSTAS

ITEM	Nº DE QUESTÕES	ESCORES DAS RESPOSTAS
(1) “capacidade para o trabalho atual é comparada com o melhor de toda a vida”	1	0 a 10
(2) “capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho”	2	1 a 5 (número de pontos ponderados entre as questões)
(3) “número atual de doenças autorreferidas e diagnosticadas por médico”	Lista de 51 doenças	1 a 7 (somadas apenas as doenças diagnosticadas por médico)
(4) “perda estimada para o trabalho devido às doenças”	1	1 a 6
(5) “faltas ao trabalho por doenças”	1	1 a 5 (número de faltas, categorizadas em cinco grupos)
(6) “prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho”	1	1, 4 ou 7
(7) “recursos mentais”	3	1 a 4 (somatória dos pontos das respostas de três questões ponderadas)

FONTE: adaptado de Tuomi et al. (2010).

Os resultados das sete dimensões fornecem uma medida da capacidade para o trabalho que varia de 7 a 49 pontos. Os valores retratam a percepção do trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho e são classificados em quatro categorias de capacidade para o trabalho.

QUADRO 2 – ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE ACORDO COM ESCORE E OBJETIVOS DAS MEDIDAS A SEREM TOMADAS

PONTOS	CAPACIDADE PARA O TRABALHO	OBJETIVOS DAS MEDIDAS
7 - 27	Baixa	Restaurar a capacidade para o trabalho
28 – 36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho
37 - 43	Boa	Apoiar a capacidade para o trabalho
44 - 49	Ótima	Manter a capacidade para o trabalho

FONTE: Tuomi et al. (2010).

O absenteísmo por doença foi mensurado a partir dos relatórios do SIMOSTE correlacionado a seguinte pergunta: *quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exames durante os 12 meses do ano de 2014?* O questionamento faz parte do instrumento “Índice de Capacidade para Trabalho” (ICT) e foi adaptado conforme o ano desta pesquisa. Para

tanto, os dias de absenteísmo foram categorizados em: ≤ 9 dias para poucos dias de ausências/ano; ≥ 10 dias e ≤ 24 dias para médios; e, ≥ 25 dias e ≤ 99 dias para muitos, fundamentadas no ICT. Destacamos que estes números são os dias acumulados em um ano e não necessariamente consecutivos. Por exemplo, quando um trabalhador teve um episódio de ausência por doença com duração de 5 dias e outro episódio com duração de 7 dias, no mesmo ano, este tem cumulativamente 12 dias de ausências, que foi classificado como médio.

O absenteísmo-doença obtido por informação autorreferida nos questionários está sujeito ao viés de memória ou de informação, que implicaria superestimação ou subestimação da informação. No entanto, a forte correlação entre dados autorreferidos de absenteísmo por doença e medidas baseadas em registros fazem dessa uma medida considerada válida para a obtenção de dados sobre o tema. (FERRIE et al., 2005; VOSS; FLODERUS; DIDERICHSEN, 2007).

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa no horário de trabalho. Após aceitarem, foi solicitada a assinatura do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE) (APÊNDICE 2). Os participantes foram orientados quanto ao preenchimento dos questionários, enquanto a pesquisadora aguardava para esclarecimento de questões que gerassem dúvidas durante o preenchimento. Caso não fosse possível o preenchimento dos questionários no momento da abordagem da pesquisadora, era, então, solicitado aos participantes a devolução do questionário até o final do turno de trabalho. O tempo médio de preenchimento dos questionários foi de 15 minutos.

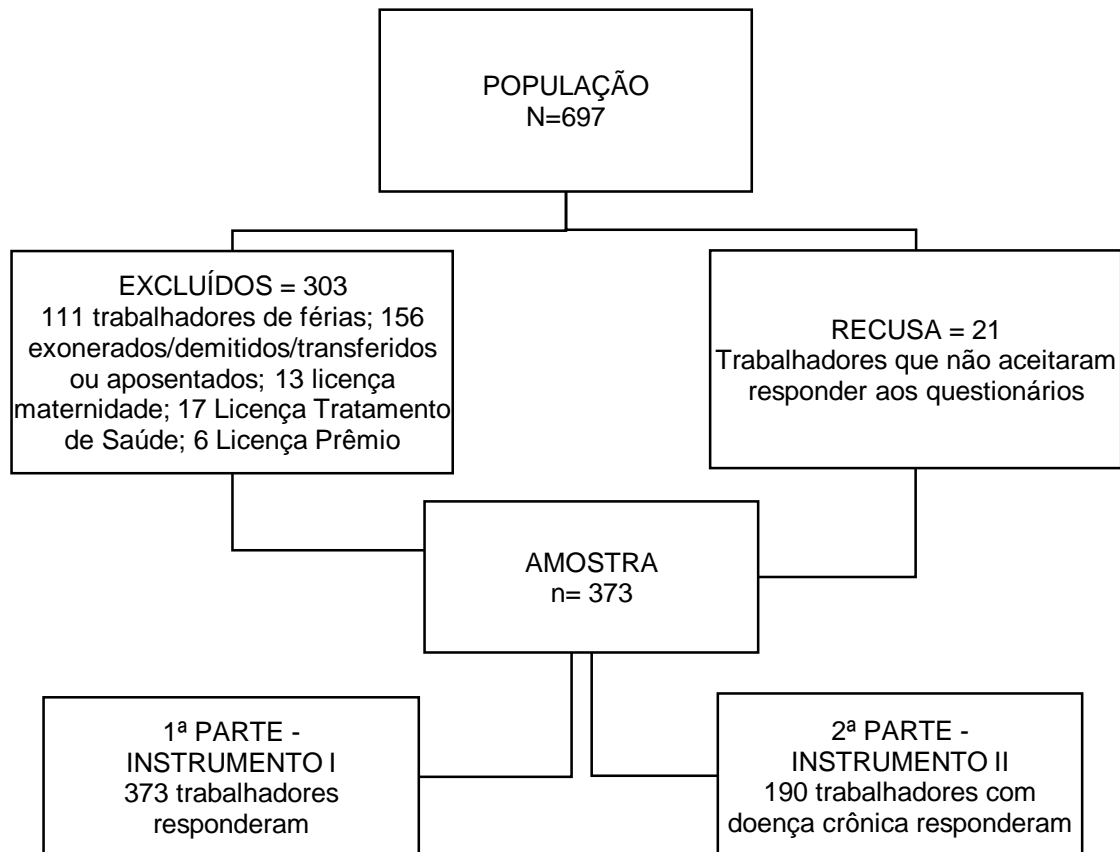
Anteriormente à coleta de dados, no cenário desta pesquisa, os instrumentos foram testados em trabalhadores não pertencentes ao hospital, para verificar sua aplicabilidade e viabilidade.

4.6 AMOSTRA, EXCLUSÕES E PERDAS

Para seleção da amostra foi utilizado a população da pesquisa, ou seja, 697 trabalhadores com afastamento por licença médica registrados no SIMOSTE em 2014. Após a aplicação dos critérios de exclusão, 303 trabalhadores foram excluídos e ainda, 21 trabalhadores não aceitaram participar da pesquisa. A amostra foi composta por 373 trabalhadores de saúde, a partir de então, iniciou-se a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Para a primeira parte da pesquisa, utilizou-se a

amostra de 373 trabalhadores que responderam ao Instrumento I e, na segunda parte, apenas com os trabalhadores que relataram ter alguma doença crônica no primeiro instrumento, compondo uma amostra de 190 trabalhadores de saúde que responderam ao Instrumento II logo na sequência do primeiro instrumento.

FIGURA 2 - DIAGRAMA SEQUENCIAL DA AMOSTRAGEM DOS TRABALHADORES DE SAÚDE PARTICIPANTES DA PESQUISA



FONTE: A autora (2016).

4.7 VARIÁVEIS DA PESQUISA

As variáveis foram estabelecidas com base nas informações identificadas no *Instrumento I e II* de coleta de dados, a saber:

- (I) sociodemográficas: idade, sexo, situação conjugal, escolaridade.
- (II) ocupacionais: categoria profissional, relação de trabalho (servidores/contratados), setor de trabalho, número de horas de trabalho diário neste emprego, número de vínculos de trabalho, turno de trabalho, carga horária semanal e carga horária entre os vínculos de trabalho.

(III) comportamentos relacionados à saúde e estilo de vida: tabagismo, prática de atividade física, atividades de lazer, padrão de sono, autoavaliação da saúde, doenças crônicas diagnosticadas por médico, uso de medicamentos, afastamento em decorrência de doença em 2014.

(IV) Capacidade para o trabalho; doenças e sintomas: capacidade para o trabalho, número de doenças autodiagnosticadas da listagem de doenças do questionário de avaliação do ICT.

Quanto ao absenteísmo, foram considerados o tipo de afastamento (licença médica), o número de dias de ausência e o número de servidores afastados.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, os relatórios gerenciais foram disponibilizados pela instituição e os dados dos instrumentos de coleta foram processados no programa *Microsoft Excel*® 2010. Para a análise, foi utilizado o *SPSS* versão 19.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), com apoio de especialista em estatística. Para análise, foram utilizados quatro modelos estatísticos (comparação de duas médias, correlação de *Spearman*, ANOVA, regressão múltipla) e respectivos testes de significância estatística para cada modelo.

Foi utilizada a estatística de comparação de duas médias, comparando as médias de dias de afastamentos com as médias das variáveis de interesse, assim como para as médias do ICT dos participantes com doenças crônicas. Além disso, também foi estabelecida a comparação de médias por grupos, entre média de dias de absenteísmo, média de ICT e tipo de doença crônica. Para esses modelos de comparação de médias, foi utilizado o teste *t-Student* para amostras independentes, que é um teste de hipótese o qual usa conceitos estatísticos para rejeitar ou não uma hipótese nula quando a estatística de teste (*t*) segue uma distribuição *t-Student*, com objetivo de testar se as respostas das variáveis diferem entre dois grupos independentes de sujeitos. (HULLEY et al., 2008).

Como os dados não tinham uma distribuição normal, o modelo de análise de coeficiente de correlação de *Spearman* foi aplicado para medir o grau da correlação (e a direção dessa correlação – se positiva ou negativa) entre absenteísmo e as variáveis de interesse.

O coeficiente ρ de *Spearman* mediu a intensidade da relação entre variáveis ordinais. Usou-se, ao invés do valor observado, apenas a ordem das observações. Desse modo, tal coeficiente não é sensível às assimetrias na distribuição, nem à presença de *outliers*, não exigindo, portanto, que os dados provenham de duas populações normais. Aplicou-se igualmente em variáveis intervalares como alternativa ao r de *Spearman*, quando nesse último se violou a normalidade. No caso em que os dados não se distribuíram de forma simétrica e homogênea, com alguns pontos muito afastados dos restantes, ou em que pareceu existir uma relação crescente ou decrescente em formato de curva, o coeficiente ρ de *Spearman* foi o mais apropriado. (HULLEY et al., 2008). Com o objetivo de medir a associação entre duas variáveis categóricas (associação entre as categorias de dias de ausência e as demais variáveis), foi utilizado o teste Qui-quadrado (χ^2).

A partir das variáveis que apresentaram significância estatística, desenvolveu-se a análise de variância ANOVA, a fim de avaliar a diferença estatística entre a variável dependente (absenteísmo) com variáveis independentes específicas. Para testar se existiu uma relação entre a variável dependente e independente, realizou-se o teste de Fischer (teste F). Além de todo o padrão já relatado, é válido considerar a realização de uma análise de regressão linear múltipla, que, por sua vez, permitiu inferir a relação entre absenteísmo e as variáveis independentes. Para testar até que ponto as variáveis independentes são capazes de prever os dias de absenteísmo, foi utilizado o coeficiente de determinação do modelo R^2 ajustado. Em todas as análises, considerou-se o nível de significância (α) de 5% ($p < 0,05$).

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Para a utilização do ICT, foi solicitada a autorização formal para seu uso por meio de endereço eletrônico à coordenadora da tradução em português, Prof^a Dr^a Frida Marina Fischer (ANEXO 2).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição coparticipante, sob Parecer n° 999.802 de 2015/CEP (ANEXO 3). Foram respeitados todos os aspectos éticos em cumprimento à Resolução n° 466/2012 do CNS.

5 RESULTADOS

Os resultados desse estudo estão apresentados conforme estatística descritiva e analítica, a fim de responder ao problema de pesquisa e aos objetivos propostos.

Os itens 5.1 e 5.2 apresentam os resultados da **primeira parte do estudo** referentes aos 373 trabalhadores de saúde, para caracterização dos trabalhadores e do perfil de absenteísmo, bem como as análises de correlação e comparação entre absenteísmo, doença crônica e variáveis de interesse.

O item 5.3 apresenta os resultados da **segunda parte do estudo**, referentes apenas aos 190 trabalhadores de saúde identificados com doenças crônicas, que compõem as análises do ICT e relação com o absenteísmo.

No item 5.4 apresenta o estudo analítico das relações entre absenteísmo, doenças crônicas e a capacidade para o trabalho.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Considerando as características sociodemográficas dos trabalhadores de saúde, a TABELA 1 apresenta a amostra do estudo segundo idade, sexo, situação conjugal e escolaridade. A média de idade dos trabalhadores de saúde foi de 40,66 anos, variando de 20 a 68 anos. Foram 303 trabalhadores (81,2%) do sexo feminino, 187 casados (50,1%) e 227 com nível médio de escolaridade (60,9%).

TABELA 1 - FREQUÊNCIA DE TRABALHADORES DE SAÚDE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CURITIBA, 2016 (N=373)

Variável	Categoria	N (%)
Idade *	20 a 34	124 (33,2)
	35 a 44	114 (30,6)
	45 a 54	91 (24,4)
	55 ou mais	44 (11,8)
Sexo	Feminino	303 (81,2)
	Masculino	70 (18,8)
Situação conjugal	Casado	187 (50,1)
	Solteiro	83 (22,3)
	Separado	52 (13,9)
	União Estável	38 (10,2)
	Viúvo	10 (2,7)
	Não informado	3 (0,8)

TABELA 1 - FREQUÊNCIA DE TRABALHADORES DE SAÚDE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CURITIBA, 2016 (N=373)

Variável	Categoria	(conclusão)
		N (%)
Escolaridade	Médio	227 (60,9)
	Superior	127 (34,0)
	Fundamental	19 (5,1)
TOTAL		373 (100)

FONTE: A autora (2016).

* Esta classificação segue os cortes de idade para capacidade e envelhecimento funcional de Tuomi (1997)

Na TABELA 2, estão apresentadas as características ocupacionais por setor, turno, tempo de trabalho na instituição, ocupação atual, regime de trabalho, número de horas de trabalho diário, jornada semanal, horas extras, número de vínculos assumidos, carga horária entre todos os vínculos de trabalho e posição prevalente adotada no trabalho.

Nessa primeira parte do estudo, dos 196 (52,5%) trabalhadores de saúde que trabalham na assistência direta ao paciente, 131 (35,1%) são técnicos de enfermagem, 79 (21,2%) técnicos ou auxiliares administrativos e 61 (16,3%) auxiliares de enfermagem, seguido de 37 (10%) enfermeiros. Desses trabalhadores de saúde, 198 (53,1%) são estatutários, 113 (30,3%) trabalham no hospital há menos de 3 anos e 109 (29,2%) há mais de 10 anos, 262 (70,2%) trabalham no turno diurno, 237 (63,5%) possuem carga horária de 40 horas semanais, 153 (41%) com 12 horas de turno de trabalho diário, 193 (51,7%) não fazem hora extra e 263 (70,5%) não têm outro vínculo. O acúmulo de vínculo gera uma carga horária 72 horas semanais para 66 (17,7%) dos trabalhadores da pesquisa. O tipo de posição prevalente adotada para o trabalho foi a de alternância para 199 (53,4%) e 77 (20,6%) em pé.

TABELA 2 - FREQUÊNCIA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS, CURITIBA, 2016 (N=373)

Variável	Categoria	(continua)
		N (%)
Setor atual	Setor Assistencial (UTI (geral e neopediátrica, Centro cirúrgico e obstétrico, Maternidade/Alojamento Conjunto, Pronto Socorro, Clínica médica, Hospital Dia, Infectologia, Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais)	196 (52,5)
	Setores de Apoio Técnico (SADT- Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, Unidades de Diagnóstico por Imagem, Eletromedicina, Agência transfusional, Ambulatório, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Unidade Saúde do Trabalhador, Centro de Estudos, NCIH, Farmácia, Medicação)	68 (18,2)

TABELA 2 - FREQUÊNCIA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SEGUNDO CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS, CURITIBA, 2016 (N=373)

Variável	Categoria	(conclusão) N (%)
Ocupação atual	Setor Administrativo (gerencia, faturamento, financeiro, compras, almoxarifado, direção, secretaria, recepção e telefonia, Recursos Humanos)	58 (15,6)
	Setor Operacional (Hotelaria, manutenção, morgue, Serviço de Nutrição e Dietética, Central de Materiais)	51 (13,7)
	Técnico de Enfermagem	131 (35,1)
	Técnicos ou Auxiliares administrativos	79 (21, 2)
	Auxiliar de Enfermagem	61 (16,3)
	Enfermeiro	37 (10,0)
	Auxiliares Operacionais (Aux. Nutrição, Serviços gerais, Aux. Manutenção)	28 (7,5)
	Outros profissionais de nível superior (Médico, Fisioterapeuta, Assistente Social, Farmacêutico, Bioquímico, Biomédico, Psicólogo, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Engenheiro, Gestores)	24 (6,4)
	Técnicos de saúde (farmácia, laboratório, Agente funerário)	13 (3,5)
Regime de trabalho	Estatutário	198 (53,1)
	Celetista	175 (46,9)
Tempo de trabalho	Até 3 anos	113 (30,3)
	Mais de 10 anos	109 (29,2)
	De 4 a 6 anos	92 (24,7)
	De 7 a 9 anos	50 (13,4)
	Não informado	9 (2,4)
Turno da ocupação	Diurno	262 (70,2)
	Noturno	111 (29,8)
Número de horas de trabalho diário	12h	153 (41,0)
	6h	118 (31,6)
	8h	102 (27,4)
Jornada semanal	40 h	237 (63,5)
	36 h	136 (36,5)
Horas extras	Não	193 (51,7)
	Sim	180 (48,3)
Mais de um vínculo	Não	263 (70,5)
	Sim	110 (29,5)
Número de vínculos	Único	263 (70,5)
	Duplo ou Triplo	110 (29,5)
Carga horária semanal entre os vínculos	72h	66 (17,7)
	80h ou mais	24 (6,4)
	60h	20 (5,4)
	Não acumulam carga horária	263 (70,5)
Tipo de posição prevalente adotada para o trabalho	Alternância	199 (53,4)
	Em pé	77 (20,6)
	Sentada	55 (14,7)
	Caminhando	42 (11,3)
TOTAL		373 (100)

FONTE: A autora (2016).

Na TABELA 3, estão descritos o comportamento de saúde e estilo de vida dos trabalhadores de saúde pesquisados. Desses, 262 (70,2%) não fumam, mas 55 (14,8%) são fumantes e 196 (52,5%) não praticam nenhuma atividade física. O padrão do sono diário de 5 a 7 horas foi registrado em 257 (68,9%) dos trabalhadores e 33 (8,8%) tem padrão de sono de apenas 2 a 4 horas diária, 186 (49,9%) disseram ter mais de uma atividade de lazer. Para a autoavaliação de saúde, 218 (58,4%) descreveram como boa e 95 (25,5%) regular, 156 (41,8%) usam medicamentos contínuos. Os trabalhadores que apresentaram doenças crônicas foram 190 (50,9%).

TABELA 3 - FREQUÊNCIA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SEGUNDO COMPORTAMENTO DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA, CURITIBA, 2016 (N=373)

Variável	Categoria	N (%)
Tabagismo	Não	262 (70,2)
	Sim	55 (14,8)
	Ex - fumante	50 (13,4)
	Não informado	6 (1,6)
Prática de atividade física	Não	196 (52,5)
	Sim	177 (47,5)
Padrão do sono diário	5 a 7 h	257 (68,9)
	8 a 10h	83 (22,3)
	2 a 4h	33 (8,8)
Auto avaliação da saúde	Boa	218 (58,4)
	Regular	95 (25,5)
	Muito boa	48 (12,9)
	Ruim	11 (2,9)
	Muito ruim	1 (0,3)
Atividades de lazer	Várias	186 (49,9)
	Reunião com amigos/família	102 (27,3)
	Passeio ao ar livre	36 (9,7)
	Outras	23 (6,2)
	Cinema	11 (2,9)
	Não informado	15 (4,0)
Doença crônica diagnosticada por médico	Sim	190 (50,9)
	Não	183 (49,1)
Uso de medicamentos	Não	207 (55,5)
	Sim	156 (41,8)
	Não soube informar	10 (2,7)
TOTAL		373 (100)

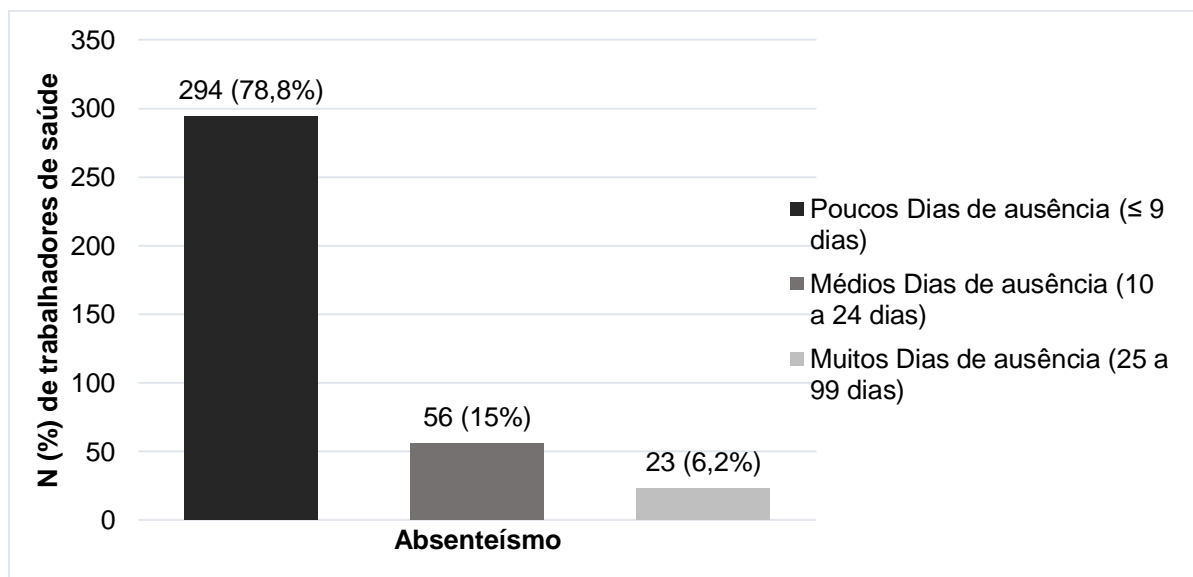
FONTE: A autora (2016).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO ABSENTEÍSMO ENTRE OS TRABALHADORES DE SAÚDE

Para a correlação e associação de variáveis de interesse com o absenteísmo dos trabalhadores de saúde que fizeram parte da primeira parte deste estudo, foram utilizadas as categorias de do absenteísmo, já descritas. Estabeleceram-se, ainda, comparações com as médias de dias de absenteísmo/ano.

O GRÁFICO 1 demonstra a caracterização do absenteísmo segundo essas categorias. Prevaleceu o absenteísmo de ≤ 9 dias de ausência/ano em 294 (78,8%) dos trabalhadores.

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SEGUNDO AS CATEGORIAS DO ABSENTEÍSMO NO ANO DE 2014, CURITIBA, 2016 (N=373)



FONTE: A autora (2016).

Conforme a TABELA 4, foram registrados no SIMOSTE do cenário de estudo 5.010 dias perdidos de trabalho no ano de 2014 no hospital de estudo, na população de 697 trabalhadores que tiveram afastamento por licença médica.

Os 373 trabalhadores de saúde pesquisados totalizaram 2.580 dias perdidos de trabalho no mesmo ano, o equivalente a 7,1 anos de trabalho perdidos. A média de dias de absenteísmo/ano desses trabalhadores foi de 6,9 dias. Nesse cenário, os 190 (51%), trabalhadores com doença crônica tiveram uma média de 7,9 dias de absenteísmo/ano, sendo maior que a dos 183 (49%) trabalhadores sem doença crônica com média de 5,9 dias.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DO HOSPITAL NO ANO DE 2014, SEGUNDO AFASTAMENTOS POR LICENÇA MÉDICA, CURITIBA, 2016 (N=373)

	N (%)	Dias perdidos	Horas perdidas/ano (M: 8,66h/dia)	Anos perdidos	Média de dias de absenteísmo/ano	Dp
População	697	5.010	43.386	13,7	7,3	-
Trabalhadores de saúde	373 (100)	2.580	22.342	7,1	6,9	8,9
Trabalhadores com doença crônica	190 (51)	1.498	12.972	4,1	7,9	8,8
Trabalhadores sem doença crônica	183 (49)	1.082	9.370	3,0	5,9	8,9

FONTE: A autora (2016).

Na TABELA 5, os resultados do teste *t-Student* mostraram que existem diferenças significativas entre as idades de 20 a 34 anos, de 35 a 44, de 45 a 54, e de 55 ou mais anos na média de dias de absenteísmo ($p \leq 0,0312$). A faixa etária entre 35 e 44 apresentou a maior média de dias de absenteísmo com 8,6 dias.

As demais variáveis sociodemográficas não apresentaram diferença significativa em comparação com a média de dias de absenteísmo ($p > 0,05$). Entre essas variáveis, as maiores médias de dias de absenteísmo foram de 8,9 dias em trabalhadores com estado conjugal de separado, de 7,3 dias em trabalhadores com Ensino Médio, e de 7,1 dias no sexo feminino.

TABELA 5 – COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DE DIAS ABSENTEÍSMO SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE, CURITIBA, 2016 (N=373)

Variável	Categoria	DIAS DE ABSENTEÍSMO					Valor-p
		Média (número de dias de absenteísmo)	Mediana	Dp	Mínimo/Máximo	N (%)	
Sexo	Feminino	7,1	4,0	8,9	0/63	303 (81,2)	0,4197
	Masculino	6,1	3,0	8,4	0/50	70 (18,8)	
Idade	20 a 34	7,0	3,0	9,5	0/50	124 (33,2)	0,0312*
	35 a 44	8,6	4,5	10,2	0/63	114 (30,6)	
	45 a 54	4,9	3,0	5,7	0/32	91 (24,4)	
	55 ou mais	6,6	4,0	8,1	0/41	44 (11,8)	

TABELA 5 – COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DE DIAS ABSENTEÍSMO SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE, CURITIBA, 2016 (N=373)

		DIAS DE ABSENTEÍSMO					(conclusão)
Variável	Categoria	Média (número de dias de absenteísmo)	Mediana	Dp	Mínimo/ Máximo	N (%)	Valor- p
Situação conjugal	Solteiro	7,1	3,0	9,8	0/50	83 (22,3)	0,4813
	Casado	6,1	4,0	6,8	0/37	187 (50,1)	
	União Estável	7,6	3,0	10,7	0/44	38 (10,2)	
	Separado	8,9	4,0	12,4	0/63	52 (13,9)	
	Viúvo	7,6	6,5	6,3	1/17	10 (2,7)	
	Não informado	7,0	7,0	5,0	2/12	3 (0,8)	
Escolaridade	Fundamental	5,3	2,0	6,1	0/25	19 (5,1)	0,5659
	Médio	7,3	4,0	8,6	0/47	227 (60,9)	
	Superior	6,6	3,0	9,7	0/63	127 (34)	
TOTAL		6,9	3,0	8,9	0/63	373 (100)	

FONTES: A autora (2016).

* Valor-p significativo ($p \leq 0,05$). Valor – p proveniente do teste *t de Student*.

Na TABELA 6, os resultados indicaram que existem diferenças significativas entre o turno de ocupação diurno e noturno na média de dias de absenteísmo ($p \leq 0,0368$); entre número de seis, oito e doze horas de trabalho diário ($p \leq 0,0098$); e entre um e mais número de vínculos ($p \leq 0,0446$), quando comparadas as médias de dias de absenteísmo. As maiores médias foram 8,9 dias em trabalhadores com 6 horas diárias de trabalho, 8,3 dias em trabalhadores com mais de um vínculo de trabalho e 7,5 dias em trabalhadores do turno diurno.

O teste *t-Student* não mostrou diferenças significativas entre as demais variáveis ocupacionais e a média de dias de absenteísmo ($p > 0,05$). Nessas variáveis, as maiores médias de absenteísmo foram de 8,9 dias entre os técnicos de saúde e os trabalhadores que acumulam 72 horas semanais entre os vínculos. Apresentaram média de 8,7 dias os auxiliares de enfermagem; 8,4 dias os que tem uma jornada semanal de 36 horas; 7,8 dias os que trabalham na posição caminhando; 7,4 dias os que trabalham no setor assistencial; e 7,3 dias os trabalhadores celetistas.

TABELA 6 - COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DE DIAS ABSENTEÍSMO SEGUNDO AS VARIÁVEIS OCUPACIONAIS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE, CURITIBA, 2016 (N=373)

(continua)

Variável	Categoria	DIAS DE ABSENTEÍSMO					Valor-p
		Média (número de dias de absenteísmo)	Mediana	Dp	Mínimo/ Máximo	N (%)	
Setor	Setor Assistencial	7,4	4,0	9,0	0/63	196 (52,5)	0,7841
	Setor de Apoio Técnico	6,3	3,0	8,2	0/44	68 (18,2)	
	Setor Administrativo	6,0	2,0	9,4	1/50	58 (15,5)	
	Setor Operacional	6,9	4,0	8,8	0/47	51 (13,7)	
Ocupação atual	Técnico de Enfermagem	7,4	4,0	7,7	0/41	131 (35,1)	0,9343
	Técnicos ou Auxiliares administrativos	5,9	2,0	8,8	0/50	79 (21, 2)	
	Auxiliar de Enfermagem	8,7	3,0	11,0	1/47	61 (16,3)	
	Enfermeiro	6,1	3,0	10,6	0/63	37 (10)	
	Auxiliares Operacionais	4,9	2,5	5,8	0/25	28 (7,5)	
	Outros profissionais de nível superior	6,0	4,5	5,9	1/25	24 (6,4)	
Regime de trabalho	Estatutário	6,6	4,0	8,4	0/63	198 (53,1)	0,4176
	Celetista	7,3	3,0	9,5	0/47	175 (46,9)	
Turno da ocupação	Diurno	7,5	4,0	9,6	0/63	262 (70,2)	0,0368*
	Noturno	5,4	3,0	6,8	0/44	111 (29,8)	
Número de horas de trabalho diário	6h	8,9	5,0	10,2	0/63	118 (31,6)	0,0098*
	8h	5,5	2,0	7,7	0/41	102 (27,3)	
	12h	6,4	3,0	8,3	0/50	153 (41)	
Jornada semanal	36h	8,4	5,0	10,0	1/47	136 (36,5)	0,4176
	40h	6,0	3,0	8,1	0/63	237 (63,5)	
Horas extras	Sim	6,4	3,0	8,7	0/63	180 (48,3)	0,2892
	Não	7,4	4,0	9,1	0/50	193 (51,7)	
Mais de um vínculo	Sim	8,3	5,0	9,6	0/47	110 (29,5)	0,0446*
	Não	6,3	3,0	8,5	0/63	263 (70,5)	

TABELA 6 - COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DE DIAS ABSENTEÍSMO SEGUNDO AS VARIÁVEIS OCUPACIONAIS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE, CURITIBA, 2016 (N=373)

(conclusão)

Variável	Categoria	DIAS DE ABSENTEÍSMO					Valor-p
		Média (número de dias de absenteísmo)	Mediana	Dp	Mínimo/ Máximo	N (%)	
Carga horária semanal entre os vínculos	60h	8,3	5,00	7,1	1/25	20 (5,4)	0,3775
	72h	8,9	5,00	10,8	0/47	66 (17,7)	
	80h	6,6	3,00	7,7	1/33	24 (6,4)	
	Não acumulam carga horária	6,3	3,0	8,5	0/63	263 (70,5)	
Tipo de posição prevalente adotada para o trabalho	Sentada	7,2	4,0	9,6	0/50	55 (14,7)	0,9022
	Em pé	6,6	4,0	7,9	1/44	77 (20,6)	
	Caminhando	7,8	3,5	9,6	0/41	42 (11,3)	
	Alternância	6,8	3,0	8,9	0/63	199 (53,4)	
TOTAL		6,9	3,0	8,9	0/63	373 (100)	

FONTE: A autora (2016).

* Valor-p significativo ($p \leq 0,05$). Valor – p proveniente do teste *t* de Student

Na TABELA 7, os resultados da comparação entre as médias de dias de absenteísmo e as variáveis autoavaliação da saúde ($p \leq 0,0121$), presença de doença crônica ($p \leq 0,0340$) e uso de medicamentos ($p \leq 0,0102$) apresentaram diferença significativa. Um único participante descreveu a autoavaliação da saúde como “muito ruim”, com média de 22 dias de absenteísmo, seguido dos que autoavaliaram a saúde como “ruim”, com 13 dias, os portadores de doença crônica, com 7,9 dias, e 7,8 dias os que utilizam medicamentos contínuos.

As variáveis “tabagismo”, “atividade física”, “padrão do sono” e “atividades de lazer” não apresentaram diferença significativa quando comparadas à média de absenteísmo ($p > 0,05$). Para essas variáveis, as maiores médias de absenteísmo foram 8,3 dias para outras atividades de lazer (pescar, ouvir música, assistir TV); 7,7 dias para quem tem padrão do sono entre 2 a 4 horas diárias; 7,5 dias, em trabalhadores que não praticam atividade física; e 7,2 dias, em não fumantes.

TABELA 7 - COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DE DIAS ABSENTEÍSMO SEGUNDO AS VARIÁVEIS DE COMPORTAMENTO DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE, CURITIBA, 2016 (N=373)

Variável	Categoria	DIAS DE ABSENTEÍSMO					Valor-p
		Média (número de dias de absenteísmo)	Mediana	Dp	Mínimo/ Máximo	N (%)	
Tabagismo	Sim	6,3	4,0	6,2	0/27	55 (14,7)	0,6604
	Ex - fumante	6,7	3,0	8,8	0/47	50 (13,4)	
	Não	7,2	4,0	9,5	0/63	262 (70,2)	
	Não informado	3,2	3,0	1,8	1/6	6 (1,6)	
Prática de atividade física	Sim	6,3	3,0	7,7	0/50	177 (47,5)	0,1987
	Não	7,5	4,0	9,8	0/63	196 (52,5)	
Padrão do sono diário	8 a 10h	5,6	3,0	7,0	0/33	83 (22,3)	0,3003
	5 a 7 h	7,2	4,0	9,4	0/63	257 (68,9)	
	2 a 4h	7,7	4,0	8,7	1/35	33 (8,8)	
Auto avaliação da saúde	Muito boa	4,2	2,5	5,4	0/28	48 (12,9)	0,0121*
	Boa	7,1	3,0	9,6	1/63	218 (58,4)	
	Regular	7,1	5,0	7,4	0/44	95 (25,5)	
	Ruim	13,0	10,0	13,5	2/41	11 (2,9)	
	Muito ruim	22,0	22,0	.	22/22	1 (0,3)	
Atividades de lazer	Cinema	8,1	2,0	14,5	1/44	11 (2,9)	0,6809
	Passeio ao ar livre	7,4	4,5	8,0	0/35	36 (9,7)	
	Reunião com amigos/família	7,7	3,0	10,0	0/50	102 (27,3)	
	Outras	8,3	5,0	10,9	1/41	23 (6,2)	
	Várias	6,1	4,0	7,4	0/63	186 (49,9)	
	Não informado	7,0	3,0	11,9	1/47	15 (4,0)	
Doença crônica diagnosticada por médico	Sim	7,9	4,5	8,8	0/47	190(50,9)	0,0340*
	Não	5,9	3,0	8,9	0/63	183 (49,1)	
Uso de medicamento	Sim	7,8	4,0	8,8	0/44	156 (41,8)	0,0102*
	Não	5,9	3,0	8,4	0/63	207 (55,5)	
	Não soube informar	13,2	4,5	15,4	2/47	10 (2,7)	
TOTAL		6,9	3,0	8,9	0/63	373 (100)	

FONTE: A autora (2016).

* Valor-p significativo ($p \leq 0,05$). Valor - p proveniente do teste *t* de Student

Na TABELA 8, o valor-p mostra que existem correlações significativas entre absenteísmo com o turno de trabalho ($p \leq 0,015$) e o turno de trabalho com o número de vínculos ($p \leq 0,000$). Essas correlações apresentaram-se negativas, pois, à medida

que uma variável aumenta, a outra tende a diminuir. Não houve correlação entre absenteísmo e o número de vínculos ($p= 0,096$).

TABELA 8 – CORRELAÇÃO DE *SPEARMAM* ENTRE ABSENTEÍSMO, TURNO DE TRABALHO E NÚMERO DE VÍNCULO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE, CURITIBA, 2016 (N=373)

Correlação de <i>Spearman</i>	Absenteísmo X Turno de trabalho	Turno de trabalho X Nº de vínculo	Absenteísmo X Nº de vínculo
Coefficiente	-0,126	-0,261	-0,086
Valor- p	0,015 *	0,000 *	0,096
N	373	373	373

FONTE: A autora (2016).

* Valor-p significativo ($p \leq 0,05$). Valor – p proveniente da correlação de *Spearman*.

Na TABELA 9, verificou-se que existem correlações significativas entre absenteísmo com o número de horas de trabalho ($p \leq 0,005$) e absenteísmo com as doenças crônicas ($p \leq 0,018$). A correlação entre absenteísmo e o número de horas de trabalho foi negativa, ou seja, à medida que uma variável aumenta, a outra diminui. A correlação entre a presença de doenças crônicas e absenteísmo foi positiva. Não houve correlação significativa entre horas de trabalho e a presença ou não de doenças crônicas ($p = 0,359$).

TABELA 9 – CORRELAÇÃO DE *SPEARMAM* ENTRE ABSENTEÍSMO, HORAS DE TRABALHO E DOENÇA CRÔNICA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE, CURITIBA 2016 (N=373)

Correlação de <i>Spearman</i>	Horas de trabalho X Absenteísmo	Doença crônica X Absenteísmo	Horas de trabalho X Doenças crônicas
Coefficiente	-0,146	0,122	0,048
Valor- p	0,005 *	0,018 *	0,359
N	373	373	373

FONTE: A autora (2016).

* Valor-p significativo ($p \leq 0,05$). Valor – p proveniente da correlação de *Spearman*.

A TABELA 10 permite observar que existem diferenças significativas entre as categorias de absenteísmo e a presença ou não de doença crônica, a partir do teste *Qui-Quadrado* ($p \leq 0,0221$).

Na análise de correlação de *Spearman*, o valor-p também foi significativo ($p \leq 0,008$), com um coeficiente de correlação negativa.

TABELA 10 – CORRELAÇÃO DE *SPEARMAN* E TESTE QUI-QUADRADO ENTRE DIAS DE ABSENTEÍSMO E A PRESENÇA OU NÃO DE DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA 2016 (N=373)

Presença de doença crônica	ABSENTEÍSMO			TOTAL	Valor-p	Valor-p
	≤ 9 dias de ausência	De 10 a 24 dias de ausência	De 25 a 99 dias de ausência			
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
Sim	139 (37,2)	37 (9,9)	14 (3,8)	190 (50,9)	0,0221	0,008 *
Não	155 (41,6)	19 (5,1)	9 (2,4)	183 (49,1)		
TOTAL	294 (78,8)	56 (15)	23 (6,2)	373 (100)		

FONTE: A autora (2016).

* Valor-p significativo ($p \leq 0,05$). Valor – p proveniente do teste *Qui-quadrado* e da correlação de *Spearman*, consecutivamente.

Na TABELA 11, as doenças crônicas mais prevalentes foram as doenças osteomusculares entre os trabalhadores de saúde, com 55 profissionais (14,7%), seguida da hipertensão arterial com 48 (12,9%), enxaqueca com 41 (11%) e depressão 37 (9,9%).

O valor de p no teste χ^2 apontou diferença significativa entre as categorias de absenteísmo e a presença ou não de enxaqueca ($p \leq 0,0478$). Também houve diferença expressiva entre as categorias de absenteísmo e a presença de outras doenças crônicas³. Nesse âmbito, os participantes citaram as doenças gastrointestinais crônicas, doenças de pele e tecido tegumentar, obesidade e doenças endócrinas não tireóideas ($p \leq 0,0270$).

Essa análise permite ponderar que esses dois grupos de doenças estão associados ao absenteísmo, independentemente da quantidade de dias de ausência. As demais doenças não alcançaram o nível de significância de 5%. Possivelmente, isso ocorreu devido à baixa casuística entre alguns níveis de dias de absenteísmo das demais doenças apresentadas pelos trabalhadores.

³ Outras doenças crônicas: gastrointestinais, doenças de pele e tecido tegumentar, obesidade e doenças endócrinas não tireóideas.

TABELA 11 – ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS CATEGORIAS DE DIAS DE ABSENTEÍSMO E A PRESENÇA OU NÃO DE CADA TIPO DE DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA 2016 (N=373)

Doença Crônica		ABSENTEISMO			TOTAL	Valor-p
		≤ 9 dias de ausência	De 10 a 24 dias de ausência	De 25 a 99 dias de ausência		
		N (%)	N (%)	N (%)		
Doença osteomuscular	Não	254 (86,4)	44 (78,6)	20 (87)	318 (85,3)	0,4476
	Sim	40 (13,6)	12 (21,4)	3 (13)	55 (14,7)	
Hipertensão	Não	255 (86,7)	50 (89,3)	20 (87)	325 (87,1)	0,7597
	Sim	39 (13,3)	6 (10,7)	3 (13)	48 (12,9)	
Enxaqueca	Não	267 (90,8)	46 (82,1)	19 (82,6)	332 (89)	0,0478 *
	Sim	27 (9,2)	10 (17,9)	4 (17,4)	41 (11)	
Depressão	Não	270 (91,8)	46 (82,1)	20 (87)	336 (90,1)	0,0729
	Sim	24 (8,2)	10 (17,9)	3 (13)	37 (9,9)	
Outras doenças crônicas	Não	270 (91,8)	49 (87,5)	18 (78,3)	337 (90,3)	0,0270 *
	Sim	24 (8,2)	7 (12,5)	5 (21,7)	36 (9,7)	
Doenças respiratórias	Não	270 (91,8)	52 (92,9)	21 (91,3)	343 (92)	0,9457
	Sim	24 (8,2)	4 (7,1)	2 (8,7)	30 (8)	
Doenças da tireoide	Não	273 (92,9)	51 (91,1)	21 (91,3)	345 (92,5)	0,6429
	Sim	21 (7,1)	5 (8,9)	2 (8,7)	28 (7,5)	
Doença cardiovascular	Não	272 (92,5)	53 (94,6)	22 (95,7)	347 (93)	0,4510
	Sim	22 (7,5)	3 (5,4)	1 (4,3)	26 (7)	
Diabetes	Não	284 (96,6)	54 (96,4)	23 (100)	361 (96,8)	0,5088
	Sim	10 (3,4)	2 (3,6)	0 (0,0)	12 (3,2)	
Doença Renal crônica	Não	292 (99,3)	53 (94,6)	23 (100)	368 (98,7)	0,1962
	Sim	2 (0,7)	3 (5,4)	0 (0,0)	5 (1,3)	
Câncer	Não	290 (98,6)	56 (100)	22 (95,7)	368 (98,7)	0,6168
	Sim	4 (1,4)	0 (0,0)	1 (4,3)	5 (1,3)	
TOTAL		294 (100)	56 (100)	23 (100)	373 (100)	

FONTE: A autora (2016).

* Valor-p significativo ($p \leq 0,05$). Valor – p proveniente do teste qui-quadrado.

5.3 INDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO E AS DOENÇAS CRÔNICAS

Foram investigados na **segunda parte do estudo** os Índices de Capacidade para o Trabalho (ICT), apenas nos trabalhadores com doença crônica, ou seja, 190 trabalhadores. Seguiu-se os pressupostos de pesquisa do ICT, para avaliar a capacidade atual para o trabalho no cenário desta pesquisa.

A TABELA 12 apresenta uma breve descrição desses trabalhadores. São em sua maioria, do sexo feminino, sendo 159 (83,7%); com idade entre 35 e 44 anos, 59 (31%); e com pelo menos uma doença crônica, 103 (54,2%).

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190)

Variável	Categoria	N (%)
Idade	20 a 34	45 (23,7)
	35 a 44	59 (31)
	45 a 54	49 (25,8)
	55 ou mais	37 (19,5)
Sexo	Feminino	159 (83,7)
	Masculino	31 (16,3)
Número de doenças crônicas	Apenas uma	103 (54,2)
	Duas doenças	55 (29)
	Três ou mais doenças	32 (16,8)
TOTAL		190 (100)

FONTE: A autora (2016).

Na TABELA 13, a pontuação geral do ICT variou de 16,5 a 49 pontos, com uma média geral de ICT de (M= 36,6) pontos. Em 45,3% a média de capacidade para o trabalho foi boa (M= 39,7); 40% com média de capacidade moderada (M= 33,7); 7,9% com ótima capacidade para o trabalho (M= 45); e 6,8% dos com média de capacidade para o trabalho baixa (M= 24,3). Quando comparadas as médias de ICT, o teste *t-Student* apresentou diferença estatística entre as médias analisadas ($p \leq 0,0034$).

TABELA 13 - COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DO ICT SEGUNDO A CAPACIDADE PARA O TRABALHO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190)

Capacidade para o trabalho-ICT **	ICT					Valor-p
	Média (ICT)	Mediana	Dp	Mínimo/máximo	N (%)	
Baixa	24,3	26,5	3,6	16,5/27,5	13 (6,8)	0,0034 *
Moderada	33,7	34,3	2,2	29/36,5	76 (40)	
Boa	39,7	40	1,7	37/43,5	86 (45,3)	
Ótima	45	45	1,3	44/49	15 (7,9)	
TOTAL	36,6	37	5,3	16,5/49	190 (100)	

FONTE: A autora (2016).

* Valor-p significativo ($p \leq 0,05$). Valor – p proveniente do teste *t de Student*.

** Capacidade para o trabalho-ICT: baixa = 7 a 27 pontos; moderada = 28 a 36 pontos; boa = 37 a 43 pontos; ótima = 44 a 49 pontos. (TUOMI et al., 2010).

Na TABELA 14, destacam-se os resultados, de acordo com a análise individualizada das questões que compõem o questionário autorreferido do ICT.

No que se referiu à avaliação da capacidade para o trabalho atual, considerando uma escala de 0 (zero) a 10 pontos, com o zero indicando incapacidade no trabalho e o 10 o melhor grau de capacidade, a média entre os participantes foi de 8,2 pontos (Dp = 4,1).

Quanto à capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas e mentais, considerando uma escala de um a cinco pontos, o valor médio em relação às exigências físicas foi de 3,6 pontos (Dp = 1,8) e em relação às exigências mentais média foi de 4,2 pontos (Dp = 2,1).

A média das doenças com diagnóstico médico referidas pelos trabalhadores foi 4,0 (Dp = 2,0), variando de uma a 20 doenças.

Em relação à perda estimada da capacidade para o trabalho, em uma escala de um a seis, com um indicando totalmente incapacitado para o trabalho e seis, sem impedimentos para o trabalho, a média foi 4,6 (Dp = 2,3).

Quanto ao absentéismo, que tem escores variando entre 1 (um) a 5 (cinco), considerando 1 como dias de ausência entre 100 a 365 dias/ano e 5 como nenhuma ausência, a média de escore foi 3,4 pontos (Dp = 1,7).

No que diz respeito ao prognóstico autorreferido, considerando a questão que daqui há 2 anos o trabalhador se achava capaz de fazer o trabalho que fazia atualmente, em uma escala de 1 (um) a 7 (sete), sendo um, improvável, e sete, bastante provável, a média foi 6,1 (Dp = 3,1).

Sobre os recursos mentais, com um escore entre 1 (um) e 4 (quatro) para a média da soma entre as questões de satisfação com as atividades diárias, sentir-se ativo e alerta e sentir-se cheio de esperança para o futuro, a média foi de 3,3 (Dp = 1,6).

Os valores de desvio-padrão obtidos para cada escala próximos de dois (2,0) mostram que houve pouca variabilidade de respostas na amostra pesquisada. A maior variabilidade foi verificada para o prognóstico autorreferido (Dp = 3,1) e com a capacidade atual para o trabalho (Dp = 4,1).

TABELA 14 – MÉDIA E DESVIO PADRÃO DOS ESCORES DAS DIMENSÕES DO ICT DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190)

Dimensões do ICT	Média	Dp	Mínimo/máximo
Capacidade atual para o trabalho (escore de 0 a 10)	8,2	4,1	2/10
Exigências físicas (escore de 1 a 5)	3,6	1,8	1/5
Exigências mentais (escore de 1 a 5)	4,2	2,1	2/5
Doenças com diagnóstico médico (51 itens- escore de 1 a 5)	4,0	2,0	1/20
Perda estimada da capacidade para o trabalho (escore de 1 a 6)	4,6	2,3	1/6
Absenteísmo (escore de 1 a 5)	3,4	1,7	1/4
Prognóstico autoreferido (escores 1, 4 e 7)	6,1	3,1	4/7
Recursos mentais * (escore de 0 a 4)	3,3	1,6	1/4

FONTE: A autora (2016).

* Média da soma entre as questões: satisfação com as atividades diárias; sentir-se ativo e alerta; sentir-se cheio de esperança para o futuro do ICT.

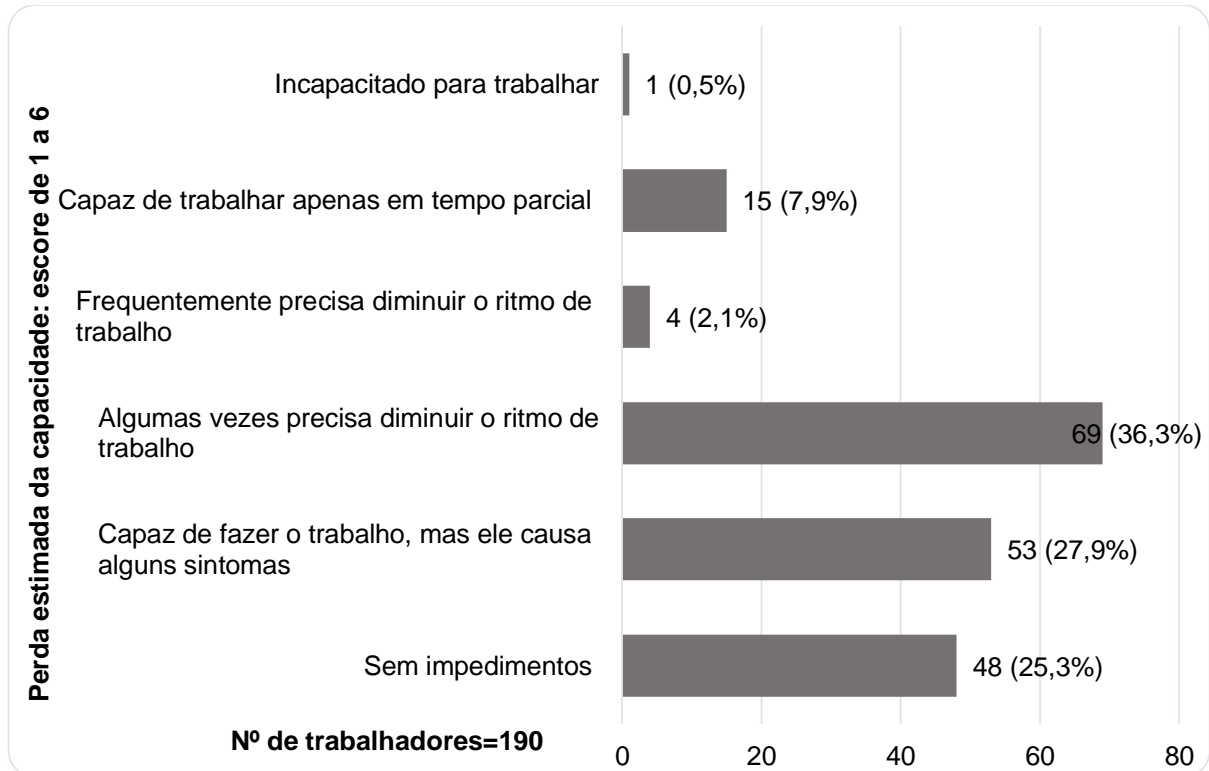
No GRÁFICO 2, verificou-se separadamente a dimensão Perda estimada de capacidade para o trabalho que faz parte do questionário de ICT na qual os participantes identificam o quanto a sua lesão ou doença torna-se um impedimento para seu trabalho atual, com escores de um a seis pontos.

Verificou-se que 69 (36,3%) dos trabalhadores referiram que “algumas vezes precisam diminuir o ritmo de trabalho ou mudar os métodos de trabalho” (escore 4) devido à lesão ou doença crônica, e 53 (27,9%) referiram “ser capaz de fazer o trabalho, mas ele causa alguns sintomas” (escore 5).

Apenas 48 (25%) citam que a doença não causa “nenhum impedimento” para o trabalho (escore 6).

GRÁFICO 2 – AVALIAÇÃO DA PERDA ESTIMADA DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM RELAÇÃO À PRESENÇA DE LESÃO OU DOENÇA NOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190)

(Conclusão)



FONTE: A autora (2016).

Na TABELA 15, a frequência em que foram citadas as doenças ou lesões diagnosticadas por médico que o trabalhador apresentava atualmente totalizaram 758 doenças ou lesões entre os 190 trabalhadores com doença crônica, com uma média de quatro doenças ou lesões por trabalhador (M:4,0) e desvio padrão com pouca variabilidade (Dp: 2,0).

O grupo de doenças de origem musculoesqueléticas foi o mais citado pelos trabalhadores, seguido das doenças cardiovasculares, do sistema nervoso, das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e das doenças respiratórias.

Das doenças diagnosticadas pelo médico e referidas pelos trabalhadores, destacam-se os distúrbios mentais leves, citados por 55 (28,9%) dos trabalhadores, a hipertensão arterial por 46 (24,2%), a enxaqueca por 40 (21,1%), a lesão nas costas por 36 (18,9%) e lesões nos braços ou mãos por 32 (16,8%).

TABELA 15 – FREQUÊNCIA DAS DOENÇAS COM DIAGNÓSTICO MÉDICO REFERIDAS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190)
(continua)

Variável *	Doenças	Nº (%) **
Doenças e lesões osteomusculares e do tecido conjuntivo	Lesão nas costas	36 (18,9)
	Lesão nos braços/mãos	32 (16,8)
	Doença musculoesquelética que afeta braços e pernas com dores frequentes	28 (14,7)
	Outra doença musculoesquelética.	26 (13,7)
	Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	24 (12,6)
	Dor nas costas que se irradia para a perna (dor ciática)	22 (11,6)
	Doença da parte inferior das costas, com dores frequentes	19 (10)
	Lesão nas pernas/pés	18 (9,5)
	Lesão em outras partes do corpo	18 (9,5)
	Artrite reumatoide	10 (5,3)
Doenças cardiovasculares	Hipertensão arterial (pressão alta)	46 (24,2)
	Outra doença cardiovascular	22 (11,6)
	Doença coronariana, dor no peito, angina	7 (3,7)
	Infarto do miocárdio, trombose coronariana	3 (1,6)
	Insuficiência cardíaca	3 (1,6)
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos do sentido	Doença neurológica (enxaqueca)	40 (21,1)
	Problemas ou diminuição da audição	20 (10,5)
	Doença ou lesão da visão	19 (10)
	Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos	1 (0,5)
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Bócio ou outra doença da tireóide	27 (14,2)
	Obesidade	24 (12,6)
	Diabetes	13 (6,8)
	Outra doença endócrina ou metabólica	8 (4,2)
Doenças respiratórias	Infecções repetidas (amigdalite, sinusite e bronquites aguda)	22 (11,6)
	Sinusite crônica	13 (6,8)
	Bronquite crônica	11 (5,8)
	Asma	11 (5,8)
	Outra doença respiratória	11 (5,8)
	Enfisema	1 (0,5)
	Tuberculose pulmonar	1 (0,5)
Doenças do aparelho digestivo	Gastrite ou irritação duodenal	21 (11,1)
	Úlcera gástrica ou duodenal	13 (6,8)
	Outra doença digestiva	11 (5,8)
	Pedras ou doenças da vesícula biliar.	10 (5,3)
	Doença do pâncreas ou do fígado	4 (2,1)
	Colite ou irritação do cólon	3 (1,6)
Transtornos mentais e comportamentais	Distúrbio emocional leve (depressão, tensão, ansiedade, insônia)	55 (28,9)
	Distúrbio emocional severo	5 (2,6)
Doenças do sistema urinário	Infecção das vias urinárias	21 (11,1)
	Doença dos rins	15 (7,9)
	Outra doença geniturinária	8 (4,2)
	Doença nos genitais e aparelho reprodutor (trompas ou próstata)	2 (1,1)

TABELA 15 – FREQUÊNCIA DAS DOENÇAS COM DIAGNÓSTICO MÉDICO REFERIDAS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190) (conclusão)

Variável *	Doenças	Nº (%) **
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Alergia, eczema	19 (10)
	Outra doença de pele	8 (4,2)
	Tumor maligno	4 (2,1)
	Tumor benigno	1 (0,5)
Doenças do sangue	Anemia	10 (5,3)
	Outra doença do sangue	2 (1,1)
Outros problemas ou doenças	Outro problema ou doença	7 (3,7)
	Defeito de nascimento	2 (1,1)

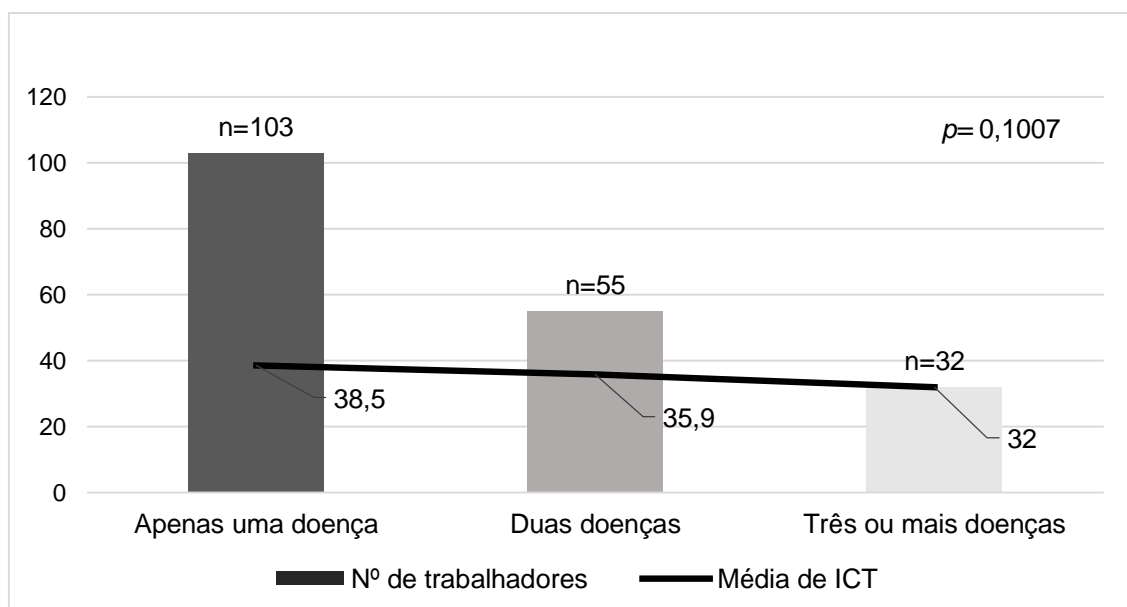
FONTE: A autora (2016).

* As doenças que compõem a coluna das variáveis foram identificadas de acordo com o CID-10.

** O percentual de cada doença ou lesão foi calculado individualmente com base nos 190 trabalhadores que responderam ao questionário do ICT.

O GRÁFICO 3 aponta que a média de ICT variou de boa para moderada, na medida que o número de doenças crônicas aumentava. Nos 103 (54,2%) trabalhadores com apenas uma doença crônica a média de ICT foi bom (ICT=38,5). Ao apresentarem mais de uma doença crônica, o ICT dos trabalhadores foi moderado (ICT entre 28 e 36), conforme o gráfico. Há indicação que a capacidade para o trabalho diminui ao passo que aumenta o número de doenças crônicas, porém, não foi possível provar essa relação estatisticamente, pois o valor- p no teste t foi de ($p = 0,1007$).

GRÁFICO 3 – MÉDIAS DE ICT ASSOCIADAS AOS TRABALHADORES DE SAÚDE E AO NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS. CURITIBA, 2016 (N=190)



FONTE: A autora (2016).

Conforme a TABELA 16, os trabalhadores do sexo feminino apresentaram capacidade para o trabalho entre baixa e ótima. A CT boa (ICT de 37 a 43) foi apresentada por 44% das trabalhadoras, e a CT moderada (ICT de 28 a 36) em 42,1%. No sexo masculino, a CT boa foi registrada em 51,6% dos trabalhadores. O sexo masculino não apresentou valores do ICT baixo (ICT de 7 a 27).

O absenteísmo menor de 9 dias prevaleceu entre ambos os sexos, tendo sido registrado em 110 (57,9%) trabalhadores do sexo feminino e em 29 (93,6%) do sexo masculino. Quanto ao número de doenças crônicas, a maioria dos trabalhadores possui apenas uma doença crônica, sendo 85 (53,5%) entre trabalhadores do sexo feminino e 18 (58,1%) entre os do sexo masculino. Os resultados mostraram que não houve diferença significativa nas médias do ICT com a variável capacidade para o trabalho entre os sexos, o Teste *t-Student* não apresentou valor de p significativo em nenhuma das categorias (baixa, moderada, boa e ótima).

Com relação às variáveis de absenteísmo, o Teste *t* apresentou diferença significativa nas médias de ICT para o absenteísmo menor de 9 dias de ausência entre os sexos ($p \leq 0,0013$).

Na variável número de doenças crônicas, a comparação das médias de ICT por sexo apresentou diferença significativa com a presença de uma doença crônica ($p \leq 0,0078$). Sendo que, no sexo feminino, os resultados apresentaram média de ICT moderada em trabalhadores com apenas uma doença crônica ($m = 38,1$). O sexo masculino demonstrou média de ICT boa relacionada aos trabalhadores com apenas uma doença crônica ($m = 40,6$). Os resultados apontam uma relação entre o sexo feminino e a CT moderada nas variáveis absenteísmo e número de doenças crônicas; em contrapartida, o sexo masculino com a CT boa nessas variáveis.

TABELA 16 – COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DO ICT POR SEXO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA E AS VARIÁVEIS CAPACIDADE PARA O TRABALHO, ABSENTEÍSMO E NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS, CURITIBA, 2016 (N=190)

Variável	Categoria	Feminino					Masculino					Valor-p
		Média	Mediana	Dp	Mínimo/ Máximo	N (%)	Média	Mediana	Dp	Mínimo/ Máximo	N (%)	
Capacidade para o trabalho	Baixa	24,3	26,5	3,6	16,5/27,5	13 (8,2)	-	-	-	-/-	0 (0)	(**)
	Moderada	33,6	34	2,2	29/36,5	67 (42,1)	34,1	34,5	1,7	30/36	9 (29)	0,9999
	Boa	39,7	39,8	1,6	37/43,5	70 (44)	39,7	40,5	2,2	37/42,5	16 (51,6)	0,9999
	Ótima	44,8	45	0,8	44/46	9 (5,7)	45,3	44,8	1,9	44/49	6 (19,4)	0,9999
Absentéismo	≤ 9 dias de ausência	36,4	37,5	5,3	16,5/46	110 (57,9)	39,2	38,5	4,5	30/49	29 (93,6)	0,0013
	De 10 a 24 dias de ausência	35,4	36,0	5,4	20/45	36 (19)	41,5	41,5	.	41,5/41,5	1 (3,2)	(**)
	De 25 a 99 dias de ausência	35,8	37,0	5,3	22/41	13 (6,8)	36,0	36,0	.	36/36	1 (3,2)	(**)
Número de doenças crônicas	Apenas uma doença	38,1	38,5	4,3	26,5/46	85 (53,5)	40,6	41,8	4,4	34/49	18 (58,1)	0,0078
	Duas doenças	35,5	36,0	4,7	20/42	45 (28,3)	37,7	37,5	3,8	30/42,5	10 (32,2)	0,1920
	Três ou mais doenças	31,6	32,0	6,0	16,5/41	29 (18,2)	35,2	34,5	1,6	34/37	3 (9,7)	0,1037
TOTAL		36,1	36,5	5,3	16,5/46	159 (83,7)	39,1	38,5	4,4	30/49	31 (16,3)	

FONTE: A autora (2016).

* Valor-p significativo ($p \leq 0,05$). Valor – p proveniente do teste *t de Student*.

** Os pressupostos para o cálculo não foram atingidos, devido à baixa casuística, não possibilitando o teste estatístico.

Na TABELA 17, a idade entre 35 e 44 anos foi a mais prevalente, com 59 (31%) dos trabalhadores. Nesta, 27 (14,2%) trabalhadores apresentaram boa capacidade para o trabalho, e outros 27 (14,2%) desses profissionais com capacidade moderada. Todas as idades demonstraram variações da capacidade para o trabalho entre baixa e ótima, com prevalência de ICT boa (45,3%).

A idade de 55 anos ou mais retratou média de CT moderada em todas as categorias de absenteísmo, independente dos dias de ausência. As demais idades apontaram média de capacidade para o trabalho, variando de moderada a boa entre as categorias de absenteísmo.

Com relação ao número de doenças crônicas e ICT por idade, todas tiveram média de CT boa quando associada aos trabalhadores com apenas uma doença crônica. Quando os trabalhadores relataram duas doenças crônicas, apenas a idade de 20 a 34 anos apresentou média de ICT boa ($m=37,2$); as demais tiveram ICT moderada; e, nos trabalhadores com três ou mais doenças crônicas, a média de ICT foi moderada em todas as idades.

No que diz respeito ao Teste t - utilizado para a comparação das médias de ICT com a capacidade para o trabalho entre a idade, a CT moderada registrou relação significativa com a idade ($p \leq 0,0004$). A comparação da média de ICT com absenteísmo menor de 9 dias de ausência demonstrou diferença significativa entre as idades ($p \leq 0,0021$). Já o teste t -Student não apontou diferença significativa na comparação das médias de ICT com o número de doenças crônicas entre as idades ($p > 0,050$).

TABELA 17 – COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DO ICT E AS VARIÁVEIS ICT, ABSENTEÍSMO E NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS ENTRE AS IDADES DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA RELACIONADOS, CURITIBA, 2016 (N=190)

Variáveis	Categorias	20 a 34 anos			35 a 44 anos			45 a 54 anos			55 ou mais			Valor-p
		Média (ICT)	Dp	N (%)	Média (ICT)	Dp	N (%)	Média (ICT)	Dp	N (%)	Média (ICT)	Dp	N (%)	
Capacidade para o trabalho	Baixa	26,5	.	1 (0,5)	25,3	3,5	4 (2,1)	24,6	4,7	5 (2,6)	21,8	1,3	3 (1,6)	(**)
	Moderada	33,7	1,9	14 (7,4)	34,5	1,7	27 (14,2)	32,8	2,4	21 (11,1)	33,3	2,5	14 (7,4)	0.0004 *
	Boa	39,7	1,6	23(12,1)	39,9	1,9	27 (14,2)	39,2	1,3	18 (9,5)	39,8	2,0	18 (9,5)	0,9923
	Ótima	45,0	1,9	7 (3,7)	45,0	.	1 (0,5)	45,0	0,6	5 (2,6)	44,8	0,4	2 (1,0)	(**)
Absentéismo	≤ 9 dias de ausência	39,2	4,6	34 (17,9)	37,0	4,4	33 (17,4)	35,3	5,9	42 (22,2)	36,9	5,2	30 (15,8)	0.0021 *
	De 10 a 24 dias de ausência	35,5	3,7	7 (3,7)	35,6	5,4	20 (10,5)	38,0	6,0	5 (2,6)	33,5	7,3	5 (2,6)	0.4952
	De 25 a 99 dias de ausência	36,4	3,5	4 (2,1)	37,0	2,1	6 (3,1)	35,8	7,4	2 (1,0)	31,5	13,4	2 (1,0)	(**)
Número de doenças crônicas	Apenas uma doença	39,2	4,6	34 (17,9)	38,0	3,5	30 (15,8)	37,8	5,3	25 (13,2)	39,2	4,1	14 (7,4)	0.2466
	Duas doenças	37,2	2,7	9 (4,7)	35,4	5,3	22 (11,6)	36,0	4,8	11 (5,8)	35,7	4,4	13 (6,8)	0.6224
	Três ou mais doenças	30,3	0,4	2 (1,0)	33,7	4,3	7 (3,7)	31,0	5,6	13 (6,8)	32,4	7,7	10 (5,3)	(**)
TOTAL		38,4	4,6	45 (23,7)	36,5	4,6	59 (31)	35,6	5,9	49 (25,8)	36,1	5,9	37 (19,5)	

FONTE: A autora (2016).

* Valor-p significativo ($p \leq 0,05$). Valor – p proveniente do teste *t de Student*.

** Os pressupostos para o cálculo não foram atingidos, devido à casuística baixa, não possibilitando o teste estatístico.

5.4 ANÁLISES ENTRE ABSENTEÍSMO, ICT E DOENÇA CRÔNICA

As TABELAS 18, 19, 20 e 21, e os GRÁFICOS 4, 5 e 6 apresentam análises comparativas e de correlação e regressão múltipla entre absenteísmo, com ICT, com doença crônica na amostra de 190 trabalhadores de saúde com doenças crônicas da segunda parte do estudo.

A TABELA 18 comparou cada doença crônica com a média de absenteísmo nos diferentes níveis de ICT dos 190 trabalhadores portadores de doenças crônicas do estudo. Torna-se possível afirmar que há diferença significativa entre as médias de absenteísmo com os níveis de capacidade para o trabalho nos trabalhadores com hipertensão arterial ($p \leq 0,0269$). E, ainda, os resultados indicaram que a média de absenteísmo aumentou quando o ICT diminuiu para moderado ou baixo, no grupo de hipertensão arterial. As demais doenças crônicas não apresentaram relação com o absenteísmo e com os níveis de ICT. Foram excluídas da apresentação dos resultados doenças como a renal crônica, o câncer e o diabetes, por apresentarem baixa casuística em todos os níveis de ICT, o que impediu a realização da análise estatística.

TABELA 18 – ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE MÉDIA DE DIAS DE ABSENTEÍSMO E NÍVEIS DE ICT EM DETERMINADO GRUPO DE DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190)
(continua)

Doença Crônica	Valores e médias de absenteísmo	ICT					Valor-p
		Baixa	Moderada	Boa	Ótima	TOTAL	
Doença cardiovascular	Número	3	15	8	-	26	0,6030
	Média	7,3	5,8	3,8	-	5,3	
	Desvio Pad.	4,7	7,2	5,0	-	6,3	
	Mínimo/Máximo	2/11	1/27	1/15	-	1/27	
Doenças da tireoide	Número	3	11	13	1 **	28	0,3191
	Média	5,3	5,0	9,5	9,0	7,3	
	Desvio Pad.	3,2	3,9	9,3	-	7,1	
	Mínimo/Máximo	3/9	1/12	0/30	9	0/30	
Hipertensão	Número	4	20	21	3	48	0,0269 *
	Média	17,3	7,5	3,8	4,3	6,5	
	Desvio Pad.	18,2	10,6	3,2	3,5	9,2	
	Mínimo/Máximo	2/41	1/44	0/11	1/8	0/44	
Doenças respiratórias	Número	3	10	12	5	30	0,1186
	Média	18,0	5,1	7,7	4,0	7,2	
	Desvio Pad.	20,1	3,8	9,7	3,1	9,2	
	Mínimo/Máximo	4/41	1/12	1/32	1/9	1/41	

TABELA 18 – ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE MÉDIA DE DIAS DE ABSENTEÍSMO E NÍVEIS DE ICT EM DETERMINADO GRUPO DE DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190) (conclusão)

Doença Crônica	Valores e médias de absenteísmo	ICT					Valor-p
		Baixa	Moderada	Boa	Ótima	TOTAL	
Depressão	Número	7	15	13	2 **	37	0,2193
	Média	13,9	10,9	6,6	2,0	9,5	
	Desvio Pad.	14,4	6,5	8,8	1,4	9,3	
	Mínimo/Máximo	2/41	1/22	1/32	1	1/41	
Enxaqueca	Número	3	22	16	0	41	0,0858
	Média	19,0	8,3	8,5	-	9,2	
	Desvio Pad.	19,3	6,7	8,8	-	8,9	
	Mínimo/Máximo	5/41	2/25	1/33	-	1/41	
Doença osteomuscular	Número	8	28	17	2 **	55	0,2338
	Média	6,9	9,5	5,2	5,5	7,6	
	Desvio Pad.	6,4	9,6	4,6	4,9	7,8	
	Mínimo/Máximo	2/22	1/44	1/16	2	1/44	
Outras	Número	4	12	19	1 **	36	0,2460
	Média	21,3	9,0	10,1	16,0	11,1	
	Desvio Pad.	15,6	12,7	12,1	-	12,7	
	Mínimo/Máximo	3/41	1/47	0/44	16	0/47	

FONTE: A autora (2016).

* Valor-p significativo ($p \leq 0,05$). Valor – p proveniente do teste *t de Student*.

** Excluído o grupo de respostas, devido à casuística baixa.

Na TABELA 19, foi realizado o teste *t-Student* para viabilizar a comparação entre média de dias de absenteísmo e níveis de ICT para cada grupo das variáveis sexo, idade, setor de trabalho. Pode-se observar que há diferença significativa nas faixas etárias de 45 a 54 anos ($p \leq 0,0592$) e 55 ou mais ($p \leq 0,0486$) em relação ao absenteísmo. O setor de apoio técnico também apresentou diferença significativa ($p \leq 0,0176$), quando comparado à média de dias de absenteísmo e níveis de ICT. As demais variáveis testadas não alcançaram o nível de significância estabelecido de 5%.

TABELA 19 - ANÁLISE COMPARATIVA MÉDIA DE DIAS DE ABSENTEÍSMO E NÍVEIS DE ICT COM OS GRUPOS DAS VARIÁVEIS SEXO, IDADE E SETOR DE TRABALHO DOS TRABALHADORES COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190) (continua)

Categoria/ Grupo	Valores e médias de absenteísmo	ICT					Valor-p
		Baixa	Moderada	Boa	Ótima	TOTAL	
Sexo Feminino	Número	13	67	70	9	159	0,4313
	Média	10,2	9,1	7,9	6,0	8,5	
	Desvio Pad.	11,2	9,3	9,4	5,1	9,3	
	Mínimo/Máximo	2/41	1/47	0/44	1/16	0/47	

TABELA 19 - ANÁLISE COMPARATIVA MÉDIA DE DIAS DE ABSENTEÍSMO E NÍVEIS DE ICT COM OS GRUPOS DAS VARIÁVEIS SEXO, IDADE E SETOR DE TRABALHO DOS TRABALHADORES COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190)

(conclusão)

Categoria/ Grupo	Valores e médias de absenteísmo	ICT					Valor-p	
		Baixa	Moderada	Boa	Ótima	TOTAL		
Sexo Masculino	Número	-	9	16	6	31	0,46902	
	Média	-	5,8	4,8	3,3	4,8		
	Desvio Pad.	-	6,7	4,1	2,5	4,7		
	Mínimo/Máximo	-	1/22	0/16	1/8	0/22		
Idade 20 a 34 anos	Número	5	12	7	5	45	0,1496	
	Média	5,0	6,5	4,0	4,0	8,4		
	Desvio Pad.	5,0	1,0	1,0	1,0	5,0		
	Mínimo/Máximo	1/5	14/44	23/33	7/9	1/44		
Idade 35 a 44 anos	Número	11	11	9	2 **	59	0,7021	
	Média	10,0	10,0	6,0	2,0	10,0		
	Desvio Pad.	4,0	1,0	0,0	2,0	7,0		
	Mínimo/Máximo	4/19	27/47	27/44	1/2	0/47		
Idade 45 a 54 anos	Número	4	6	7	6	49	0,0592	
	Média	4,0	4,0	3,0	3,0	5,9		
	Desvio Pad.	2,0	1,0	1,0	1,0	3,0		
	Mínimo/Máximo	5/5	21/25	18/32	5/16	1/32		
Idade 55 ou mais anos	Número	22	5	5	3	37	0,0486	
	Média	22,0	4,5	3,0	2,5	22,3		
	Desvio Pad.	4,0	1,0	0,0	1,0	22,0		
	Mínimo/Máximo	3/41	14/14	18/30	2/4	0/41		
Setor de trabalho	Administrativo	Número	1 **	7	11	7	26	0,4085
		Média	2,0	8,0	5,7	3,6	5,6	
		Desvio Pad.	-	6,6	9,1	2,6	7,0	
		Mínimo/Máximo	2/2	3/22	1/30	1/9	1/30	
	Operacional	Número	2 **	16	14	3	35	0,3211
		Média	4,5	9,9	4,3	4,7	6,9	
		Desvio Pad.	0,7	13,1	2,6	4,0	9,3	
	Apoio técnico	Número	3	14	16	1**	34	0,0176
		Média	23,7	9,4	5,3	1,0	8,5	
		Desvio Pad.	15,5	12,0	4,8	-	10,5	
		Mínimo/Máximo	11/41	1/44	1/19	1/1	1/44	
	Assistencial	Número	7	39	45	4	95	0,9075
Média		7,3	8,1	9,3	8,5	8,6		
Desvio Pad.		6,8	6,1	10,4	6,1	8,4		
Mínimo/Máximo		3/22	1/25	0/44	1/16	0/44		

FONTE: A autora (2016).

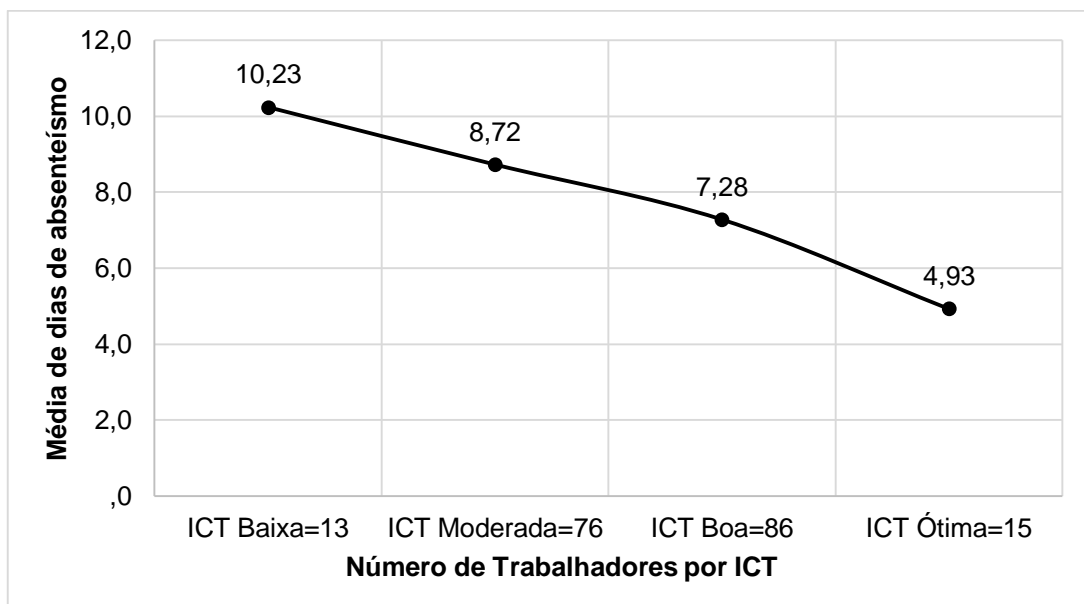
* Valor-p significativo ($p \leq 0,05$). Valor – p proveniente do teste *t de Student*.

** Excluído o grupo de respostas, devido à casuística baixa.

No GRÁFICO 4, aponta-se que existe uma relação entre dias de absenteísmo e a capacidade para o trabalho. Ou seja, quanto menor sua capacidade para o trabalho, mais dias de absenteísmo o trabalhador apresentou. A análise de correlação de *Spearman* evidenciou essa relação negativa com significância estatística ($p \leq 0,0150$). No entanto, no teste *t* de médias, o valor-*p* foi de $p = 0,2395$.

Não foi possível verificar diferença estatística entre as médias de dias de absenteísmo e ICT, resultados que pudessem prever que trabalhadores com ICT bom ou ótimo têm menos absenteísmo do que trabalhadores com ICT moderado ou baixo, com o nível de significância estatística estabelecido para este estudo.

GRÁFICO 4 – RELAÇÃO ENTRE DIAS DE ABSENTEÍSMO E CAPACIDADE PARA O TRABALHO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA, 2016 (N=190)



FONTE: A autora (2016).

Na TABELA 20, foi realizado o modelo de regressão aplicando a análise de variância ANOVA a partir das variáveis que apresentaram significância estatística nas demais análises deste estudo, entre elas, sexo, idade, setor de trabalho e ICT.

Por meio do teste F, pode-se observar que o valor-*p* foi significativo ($p \leq 0,021$). O resultado permite apontar que existe relação entre a média de absenteísmo e as variáveis de interesse.

TABELA 20 – ANÁLISE DE VARIÂNCIA ANOVA ENTRE DIAS DE ABSENTEÍSMO, IDADE, SEXO, SETOR DE TRABALHO E ICT DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA 2016 (N=190)

Modelo	Soma de quadrados	Graus de liberdade	Média quadrada	F	Valor-p
Regressão	882,859	4	220,715	2,960	0,021 *
Residual	13794,109	185	74,563		
Total	14676,968	189			

FONTE: A autora (2016).

(*) Valor-p significativo ($p \leq 0,05$). Valor – p proveniente da ANOVA.

a. Predictors: (Constant), Pontuação ICT, Setor, Idade, Sexo

b. Dependent Variable: Dias de absenteísmo

Então, na TABELA 21, utilizou-se a Correlação de *Spearman* com o objetivo de identificar a correlação entre cada uma das quatro variáveis de interesse (sexo, idade, setor de trabalho e ICT) com o absenteísmo. As correlações foram significativas, confirmando que há relação entre as variáveis idade ($p \leq 0,0431$), sexo ($p \leq 0,0160$), setor de trabalho ($p \leq 0,0490$) e ICT ($p \leq 0,0287$) dos trabalhadores com a variável absenteísmo, quando analisadas duas a duas.

TABELA 21 – CORRELAÇÃO DE *SPEARMAN* ENTRE DIAS DE ABSENTEÍSMO, IDADE, SEXO, SETOR DE TRABALHO E ICT DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA 2016 (N=190)

Correlação de <i>Spearman</i>	Idade X Dias de absenteísmo	Sexo X Dias de absenteísmo	Setor de trabalho X Dias de absenteísmo	ICT X Dias de absenteísmo
Coefficiente	-0,125	-0,156	-0,120	-0,138
Valor - p	0,0431*	0,0160 *	0,0490 *	0,0287 *
N	190	190	190	190

FONTE: A autora (2016). Valor – p proveniente da correlação de *Spearman*.

(*) Valor-p significativo ($p \leq 0,05$)

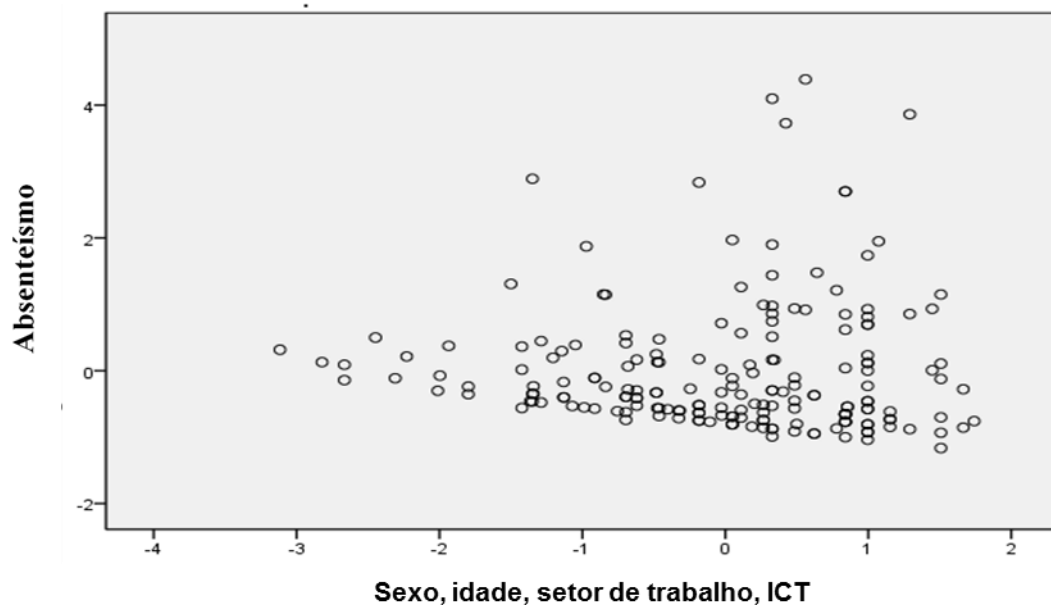
A partir dos resultados, o GRÁFICO 5 foi elaborado para analisar resíduos da regressão múltipla, a fim de verificar as proposições descritas nas TABELAS 20 e 21, tais como independência, variância para diferentes níveis de dias de absenteísmo e distribuição *t* de Student.

A análise gráfica favorece a leitura a respeito da relação entre a média de dias de absenteísmo e níveis de ICT com as variáveis independentes sexo, idade, setor de trabalho e ICT. Porém, observa-se no gráfico que o ideal linear não está sendo atendido perfeitamente. Dessa forma, não é possível prever categoricamente até que ponto as variáveis independentes analisadas conjuntamente contribuem para a média de absenteísmo.

O R^2 ajustado = 0,38 aponta que apenas 38% da variabilidade dos dias de absenteísmo é explicada pelo modelo com sexo, idade, setor de trabalho e ICT. Assim, 62,0% da variância da regressão depende de outras variáveis, não estudadas aqui. O coeficiente de regressão com maior peso foi com relação ao sexo ($b = -2,790$), no entanto, o valor de p não foi expressivo para o sexo ($p = 0,116$).

Observa-se no GRÁFICO 5 que os dados não estão distribuídos aleatoriamente e, pelo formato cônico, pode-se dizer que as variáveis independentes analisadas conjuntamente não estão representando bem a variação da média de dias de absenteísmo.

GRÁFICO 5 – DIAGRAMA DE DISPERSÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DIAS DE ABSENTEÍSMO, IDADE, SEXO, SETOR DE TRABALHO E ICT DOS TRABALHADORES DE SAÚDE COM DOENÇA CRÔNICA, CURITIBA 2016 (N=190)



FONTE: A autora (2016).

6 DISCUSSÃO

O perfil dos trabalhadores de saúde caracterizou-se por trabalhadores do sexo feminino, casados, com menos de 40 anos, com Ensino Médio e que trabalham na assistência direta ao paciente. Técnicos em Enfermagem, estatutários, com menos de três anos de trabalho, do turno diurno, em turnos de 12 horas, com carga horária semanal de 40 horas; trabalhadores que não fazem hora extra, não têm outro vínculo de trabalho e que trabalham alternando a posição, em pé e sentado, tiveram maior prevalência. Trabalhadores não tabagistas, que avaliaram a sua saúde como boa, realizavam atividades de lazer e não faziam o uso de medicamentos contínuos, apresentaram-se com maior frequência nesta pesquisa. Da mesma forma, ganharam destaque os que não praticavam nenhuma atividade física e tinham um padrão de sono de cinco a sete horas.

Um estudo nacional revela que 50% da força de trabalho dos serviços de saúde é constituída por trabalhadores de enfermagem, na maioria mulheres (85,1%), com maior número de trabalhadores entre 26 e 35 anos, com Ensino Médio e que estão na assistência direta ao paciente. (MACHADO et al., 2015). Admite-se que o perfil sociodemográfico apresentado pelos trabalhadores desta pesquisa é semelhante ao estudo nacional citado, posto que o quantitativo de trabalhadores de enfermagem foi expressivo (61,4%) entre os demais participantes, conforme TABELA 2.

No que se refere às longas jornadas de trabalho de 12 horas, plantões de 24 horas, 40 horas de trabalho semanal e o multiemprego, todos esses são fatores que têm sido associados às diversas doenças crônicas e aos hábitos de vida pouco saudáveis, tais como: dormir menos de seis horas por dia e o maior consumo de bebidas alcoólicas e cigarro. Sabe-se, também, que essa condição de elevada carga horária semanal de trabalho e pouco tempo para lazer e atividades físicas coloca o trabalhador à margem da sobrecarga de tarefas e desgaste causado pelo estresse, gerando sinais e sintomas como taquicardia, falta de apetite, calafrios, ansiedade e dores articulares. (PORTO et al., 2013). Com o tempo, esses sinais e sintomas evoluem levando a graves problemas de saúde e às doenças crônicas, caso não haja mudança nessas condições de trabalho, bem como no estilo de vida de cada trabalhador.

Destaca-se que a carga horária de trabalho de 40 horas para os trabalhadores de enfermagem, que somam mais da metade dos trabalhadores de saúde desta pesquisa, está acima da proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que recomenda que a jornada semanal deveria ser de 30 horas semanais, uma vez que, acima dessa carga horária, o trabalho se torna insalubre, colocando em risco a qualidade da assistência prestada. (FELLI, 2012). Atualmente, existe um projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional que visa tal redução, objetivando melhorar a qualidade de vida desses trabalhadores.

A maioria dos trabalhadores de saúde (78,8%) apresentou absenteísmo-doença de poucos dias, com duração menor que nove dias no ano. A média de dias de absenteísmo entre os trabalhadores pesquisados foi 6,9 dias/ano ($Dp= 8,9$). O total de dias perdidos pelos 373 trabalhadores foi o equivalente a sete anos de trabalho em um total de 2.580 dias de trabalho perdidos, conforme a TABELA 4. Pode-se afirmar que o impacto de dias perdidos de trabalho por motivo de doenças nesta pesquisa é grave, tanto para empregadores, quanto para trabalhadores.

Um estudo realizado em 73 indústrias holandesas demonstrou que as ausências menores que duas semanas por ano interferem com horários de trabalho e organização, o que, para os empregadores, gera contratempos, além do prejuízo financeiro. Para os trabalhadores, prejudica as relações sociais e pode aprofundar sentimentos de desconfiança e culpa entre os colegas. Também estão mais propensos ao assédio moral e a serem demitidos do que os trabalhadores que raramente estão em licença médica. (NOTENBOMER et al., 2015). A propensão mencionada, para esta pesquisa, destaca-se prejudicial, visto que 78,8% dos trabalhadores apresentou absenteísmo de poucos dias no cenário da pesquisa.

Os resultados desta pesquisa indicam uma associação positiva entre as variáveis ocupacionais turno de trabalho, carga horária de trabalho diário e número de vínculos com o absenteísmo. Foi possível predizer com significância estatística após os testes de comparação de médias e de correlação que essas variáveis interferem diretamente com o absenteísmo, de acordo com as TABELAS 6, 8 e 9. Essa realidade demonstra a necessidade de mudanças nesse contexto específico, visto que essas são variáveis alteráveis.

Em concordância com esses resultados, estudos apontam que as condições de trabalho têm relação direta com a deterioração da saúde dos trabalhadores e com o absenteísmo devido à opressão por resultados, com a inobservância das condições

de trabalho, como a elevada carga de trabalho, o estresse, o *burnout*, as condições salariais não alinhadas à elevada produtividade sem o retorno esperado pelos trabalhadores. Essas são capazes de gerar estresse ocupacional, desgaste físico e mental, queda da produtividade, sobrecarga de trabalho e cansaço, além do aumento do absenteísmo. (DALMOLIN et al., 2014; MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015; SANTANA et al., 2016).

Tais apontamentos sobre as causas do absenteísmo são estudados há algum tempo e discutem as condições e as relações de trabalho, dos trabalhadores de saúde em relação ao absenteísmo-doença. Nesta pesquisa, esses fatores associados à carga horária de trabalho elevada, à necessidade de mais de um emprego e o fato de a maioria trabalhar em turnos de 12h pressupõem uma diminuição da qualidade de vida e da capacidade e da produtividade de trabalho, tendo como consequência o crescimento do índice de absenteísmo e do adoecimento desses trabalhadores.

O uso de medicamentos e a autoavaliação da saúde também influenciaram no número de dias de absenteísmo nesta pesquisa. Os trabalhadores que usavam medicamentos tiveram mais dias de absenteísmo em comparação aos que não utilizavam. E, quanto pior a autoavaliação da própria saúde, maior foi a média de dias de absenteísmo desses trabalhadores. Esses dados contrariam outro estudo que, por sua vez, afirmou que o uso de medicamentos é um fator protetor para o absenteísmo em trabalhadores com transtornos psíquicos leves ou graves.

Nesses casos, a medicação alivia os episódios de ansiedade e depressão que estão relacionados ao absenteísmo. (RODRIGUES et al., 2013). O que pode estar oculto nos dados desta pesquisa é a automedicação, motivada pela facilidade que o trabalhador de saúde tem para adquirir os medicamentos, que, muitas vezes, não são indicados para os problemas que os acometem. Indica-se, nesse sentido, a realização de outros estudos que pesquisem essas hipóteses. Sugerir

Com relação à autoavaliação da saúde, entende-se que a percepção do trabalhador e a autoavaliação da saúde resultam das potencialidades ou das limitações impostas pela condição biopsíquica do indivíduo a sua qualidade de vida. A autoavaliação de saúde tem sido considerada um preditor de morbidade, sendo influenciada por fatores como sexo, idade, classe social e presença de doenças crônicas. (PORTO et al., 2013).

Um estudo constatou a relação entre o estilo de vida, a saúde e a ausência por doença frequente. Ao longo de um ano, os participantes foram acompanhados e

o estilo de vida alterado. Como resultado, a percepção da própria saúde melhorou e o absenteísmo diminuiu, mas os participantes acharam difícil mudar ou continuar um estilo de vida alterado, mesmo quando percebiam os efeitos benéficos de tais mudanças, pois, para além dos fatores subjetivos, estão os fatores relacionados ao ambiente laboral fora da governabilidade dos participantes. Nos ambientes de trabalho, nos quais a gestão e os recursos eram inadequados, os participantes do estudo não sentiram necessidade de fazer algo sobre as suas ausências e não desejaram melhorar a sua saúde. (NOTENBOMER et al., 2015).

Dessa forma, enfatiza-se que a autoavaliação insatisfatória da saúde não só pode ser o resultado de um descompasso entre demanda e capacidade de trabalho, mas em si é um fator preditor de ausência por doença frequente. Infere-se que a prevenção das ausências por doenças precisa estar alinhada à redução da demanda de trabalho, ao aumento dos recursos de trabalho, às relações interpessoais e à melhoria no estado de saúde.

Nesta pesquisa, mais da metade (51%) dos participantes apresentou uma ou mais doenças crônicas, demonstrando o quanto a saúde dos trabalhadores desse cenário está comprometida, o que torna necessário a implementação de medidas para a assistência desses trabalhadores no seu local de trabalho. Corroborando com esses resultados, a OMS afirma que o maior desafio para a área de saúde do trabalhador nos dias atuais e para futuro será assistir os trabalhadores com doenças crônicas, visto o envelhecimento da população. (MENDES, 2012).

Atualmente, as doenças crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano de 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. (MENDES, 2012; BRASIL, 2013). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada entre 2013 e 2014, cerca de 40% da população adulta brasileira, o equivalente a 57,4 milhões de pessoas, possui pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT). (IBGE, 2016).

Entre as doenças crônicas expostas pelos trabalhadores de saúde pesquisados, 14,7% apresentaram doenças osteomusculares, 12,9% hipertensão arterial, 11% enxaqueca e 9,9% depressão, conforme TABELA 11. Esses dados condizem com os da população trabalhadora nacional. Na PNS, a prevalência de hipertensão arterial entre as pessoas de 18 anos ou mais foi de 15,7%, de depressão de 7,6% e de Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT) foi de 2,8%. (IBGE, 2016).

Com a prevalência elevada de trabalhadores de saúde com doenças crônicas encontradas nesta pesquisa, foi possível a realização de testes estatísticos, que verificaram a relação direta entre absenteísmo e doença crônica, entre capacidade para o trabalho e doença crônica, entre absenteísmo e a capacidade para o trabalho e a relação entre os três. Além dessas relações, foi possível identificar os setores com maior número de adoecidos e também as ocupações mais prevalentes.

Outro resultado encontrado foi que os trabalhadores de saúde com doença crônica apresentaram mais ausências em um ano do que os trabalhadores de saúde saudáveis, as médias de dias de absenteísmo foram 7,9 dias/ano e 5,9 dias/anos, respectivamente. Essa descrição suscitou a discussão para confirmar a relação entre a média de dias de absenteísmo e a presença de doença crônica, que foi confirmada na TABELA 7, com o teste *t-Student* ($p \leq 0,0340$), além de mostrar diferença estatística entre a quantidade de dias de absenteísmo e a presença de doença crônica no teste χ^2 ($p \leq 0,0221$), comprovando essa correlação (p de *Spearman* $\leq 0,008$) na TABELA 10.

Constatou-se, ainda, que a presença de doenças crônicas tem correlação positiva com absenteísmo e valor- p significativo ($p \leq 0,018$) apresentado na TABELA 9, ou seja, quando o trabalhador apresentou alguma doença crônica, o número de dias de absenteísmo foi maior. Dessa forma, confirma-se que as doenças crônicas estão interferindo no aumento de dias de ausências por doença. Aliado a esses dados está a necessidade de previsão dessas ausências em relação a determinadas doenças e implementação de estratégias no ambiente de trabalho que possam melhorar a saúde desses trabalhadores e reduzir o absenteísmo.

Corroborando com esses resultados, um estudo realizado na Holanda investigou a associação entre a história da ausência por doença e as ausências futuras, confirmando um padrão de ausência de acordo com o histórico de ausências de cada trabalhador. Demonstra-se, ainda, que a ausência por doença registrada por um trabalhador durante anos anteriores, contribuindo para a previsibilidade dos futuros dias de ausência. Os resultados apresentaram uma previsibilidade de ausência futura em até 31%. (ROELEN et al., 2011).

As doenças crônicas, a enxaqueca e o grupo de outras doenças apresentadas na TABELA 11 mostraram-se relacionadas ao absenteísmo, independentemente da quantidade de dias de ausência. Essas doenças podem ser consideradas uma razão para as ausências frequentes dos trabalhadores dessa pesquisa.

Em estudos semelhantes a esta pesquisa, verificou-se que os recorrentes distúrbios episódicos de condições crônicas de saúde, como a enxaqueca, a asma, a depressão e os distúrbios osteomusculares estão relacionados ao aumento das ausências por doença. (ROELEN et al., 2011; LEIJTEN et al., 2013; NOTENBOMER et al., 2015). Ainda no estudo de Leijten, as elevadas exigências físicas e mentais do trabalho aumentaram a probabilidade de ausência entre os trabalhadores com fortes dores de cabeça e problemas psicológicos. E, quando a autonomia do trabalhador era subestimada, houve aumento da probabilidade de ausência entre aqueles com distúrbios musculoesqueléticos, circulatórios e problemas psicológicos. (LEIJTEN et al., 2013).

Nesta pesquisa, os trabalhadores que apresentaram doença crônica foram também avaliados quanto ao Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), que determinou o quanto esses trabalhadores são capazes de realizar suas atividades laborais. Entre os trabalhadores com doenças crônicas, 54,2% apresentou apenas uma doença crônica e os demais 45,8% duas ou mais doenças crônicas.

Um estudo realizado na Alemanha apresentou resultados semelhantes ao encontrado nesta pesquisa, no qual 49% do sexo masculino e 53% dos trabalhadores do sexo feminino tinham uma ou mais doenças crônicas. (FUCHS et al., 2009). Esses dados são semelhantes às pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, que identificou que 33,4 % dos homens no Brasil e 44,5% das mulheres são portadores de doenças crônicas. (IBGE, 2016).

Entretanto, na distribuição por sexo, os dados desta pesquisa contrariam os demais estudos, pois o sexo feminino destacou-se com percentual mais elevado de trabalhadores com doenças crônicas, em 87,3% conforme descrito na TABELA 12. O resultado revela o quantitativo da força de trabalho feminina nos serviços de saúde já descritos em diversos estudos científicos da área, além da necessidade de intervenções e do olhar individualizado para a saúde das trabalhadoras. (MACHADO et al., 2015).

Salienta-se, ainda, a presença da doença crônica na investigação da CT desses trabalhadores, visto que o processo de adoecer, muitas vezes, leva a uma incapacidade temporária ou permanente, que está relacionada com a capacidade de trabalho diminuída. (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010). Nesta pesquisa, o ICT diminuía na medida em que aumentava o número de doenças crônicas entre os trabalhadores de saúde; no entanto, não foi possível provar essa relação direta com

significância estatística ($p=0,1007$). Entretanto, em um estudo australiano envolvendo 8.841 trabalhadores, foi comprovada a associação do transtorno depressivo com um aumento quatro vezes maior para a incapacidade para o trabalho. Além disso, os trabalhadores que apresentavam depressão e doenças cardiovasculares associadas tiveram maior probabilidade de absenteísmo e de perda da capacidade laboral. (O'NEIL et al., 2012).

Esta pesquisa destaca-se pelo elevado percentual de inadequação da capacidade para o trabalho apresentado entre os trabalhadores de saúde que tiveram ICT reduzido, além da diferença significativa na comparação entre as médias de ICT ($p\leq 0,0034$).

Ao comparar o percentual da capacidade para trabalho reduzida dos trabalhadores desta pesquisa, o percentual encontrado foi maior do que em outros estudos semelhantes, como os resultados observados entre os profissionais de enfermagem de um hospital de São Paulo, no qual apenas 11,3% apresentava capacidade reduzida para o trabalho. (FISCHER; MARTINEZ, 2013). Já em outro estudo, 20,4% dos trabalhadores dos serviços de higiene e limpeza hospitalar de um hospital do Rio Grande do Sul tinha capacidade reduzida para o trabalho. (BELTRAME et al., 2014). E, no estudo realizado no hospital universitário de Santa Maria, 43,3% apresentava uma capacidade reduzida para o trabalho. (PROCHNOW et al., 2013).

Além disso, a capacidade atual para o trabalho, avaliada em um escore de um a 10 pelos trabalhadores, indicou uma média razoável com 8,2 pontos, e a capacidade física dos trabalhadores, que se apresentou menor que a capacidade mental, reiteram a afirmação a respeito da perda estimada da capacidade atual para o trabalho, referida por 36,3% dos trabalhadores desta pesquisa. Tal resultado aponta a necessidade de reavaliar o processo e a organização do trabalho durante sua atividade laboral, podendo ser sugerido mudanças no ritmo e nas rotinas de trabalho.

Esse percentual de 36,3%, somado ao escore de 8,2 e à CT reduzida em 46,8% desses trabalhadores, possibilita um repensar sobre a qualidade de vida no trabalho, por meio da análise das condições de trabalho, do processo de adoecer e das exigências físicas e mentais no ambiente laboral. Os resultados demonstram a necessidade de intervenções para a melhoria da capacidade para o trabalho, principalmente em relação às exigências físicas de cada setor de trabalho, observando a dinâmica individual do trabalhador, que varia de indivíduo para indivíduo.

Essa problemática foi descrita em um estudo sobre a capacidade de trabalho e os efeitos do envelhecimento em funcionários municipais brasileiros. Os autores concluíram que a capacidade para o trabalho se caracteriza pelo resultado de interações dinâmicas entre o indivíduo, pelas suas experiências e hábitos e, ainda, pelo ambiente. (ALCÂNTARA, et al., 2014).

A ocorrência elevada de ICT reduzido nesta pesquisa deve ser analisada anualmente por meio de um instrumento que se adeque a realidade da instituição e discutida entre gestores e trabalhadores do hospital para que possa ser alterado. Pois, a capacidade de trabalho reduzida faz com que as pessoas deixem de trabalhar, temporária ou mesmo permanentemente. (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010).

A capacidade para o trabalho apresentou relação com o absenteísmo de poucos dias de ausências (≤ 9 dias) e com a presença de uma doença crônica segundo o sexo dos trabalhadores, sendo que o sexo feminino teve as menores médias de ICT, conforme visto na TABELA 16. Dessa forma, torna-se plausível dizer o quão o sexo foi determinante para o ICT, uma vez que no absenteísmo de poucos dias de ausência e nos trabalhadores com apenas uma doença crônica foi significativa a diferença entre o sexo feminino.

De maneira geral, as mulheres ocupadas, que estão no mercado de trabalho, ou as que não estão, apresentam maior prevalência de doenças crônicas quando comparadas aos homens. Segundo a PNS-2013, isso ocorre, principalmente, pelo fato delas procurarem atendimento em saúde de forma espontânea com mais frequência do que os homens, facilitando, assim, o diagnóstico de doença crônica. (IBGE, 2016).

Outros estudos ponderam que o sexo feminino apresenta maior probabilidade de capacidade de trabalho reduzida. Uma possível explicação para isso é que a carga de trabalho para as mulheres é dobrada ou triplicada, devido às trabalhadoras exercerem as tarefas domésticas e também por assumirem a criação dos filhos, o que têm um impacto sobre a sua saúde e sua capacidade para o trabalho. (FISCHER; MARTINEZ, 2013; HILLESHEIN, 2011; GODINHO et al. 2016).

Essa pesquisa confirmou também a relação entre ICT moderado e o absenteísmo de poucos dias de ausências (≤ 9 dias), independentemente da idade. No entanto, foi possível verificar que a faixa etária de 45 a 54 anos apresentou as menores médias de ICT. Corroborando com os dados dessa pesquisa, o fato dos trabalhadores estarem acima dos quarenta anos está associado à diminuição de sua capacidade para o trabalho, além de representar maior propensão a doenças crônicas

e absenteísmo, conforme demonstrado em outros estudos. (KRELING, 2010; FISCHER; MARTINEZ, 2013; CHUNG, 2015).

Houve relação entre a capacidade de trabalho e a média de dias de absenteísmo. A correlação apresentou-se negativa com significância estatística ($p \leq 0,0150$), posto que, quanto melhor a CT, menor o número de dias de absenteísmo do trabalhador. Outro dado relevante desta pesquisa foi que a média de absenteísmo diminuiu de 10,23 dias/ano com ICT baixo para 4,93 dias/ano com ICT ótima.

Os resultados desta pesquisa apontaram, ainda, que existe relação entre a média de dias absenteísmo e as variáveis de interesse, sexo, idade, setor de trabalho e ICT, na análise de variância ANOVA ($p \leq 0,021$) e de acordo com a regressão linear. Essas variáveis, juntas, apontam com 38% da variabilidade o absenteísmo desses trabalhadores, apresentados na TABELA 20 e no GRÁFICO 5, respectivamente. Esses dados apontam um questionamento referente ao comprometimento da saúde desses trabalhadores, visto que a população brasileira trabalhadora se encontra em um processo de envelhecimento e que as condições de trabalho e a assistência a esses trabalhadores deverão ser repensadas, tanto pelos empregadores como pela saúde pública.

Torna-se possível afirmar também a relação do absenteísmo com a capacidade para o trabalho e as variáveis de interesse. As idades entre 45 a 54 anos ($p \leq 0,0592$) e 55 ou mais ($p \leq 0,0486$), e os trabalhadores do setor de apoio técnico ($p \leq 0,0176$) foram as variáveis que interferiram no absenteísmo de acordo com a CT apresentada. Não houve associação ou correlação com o sexo. Destaca-se que os participantes desta pesquisa são trabalhadores adultos, que dependem da sua capacidade de trabalho para desenvolver suas atividades laborais; e a presença de doenças crônicas envolve a perda significativa da qualidade de vida e da capacidade para o trabalho à medida que a doença e a idade progridem.

É possível afirmar que existe relação entre as variáveis ICT, doença crônica, idade e o absenteísmo, e ainda, que essa relação seja cíclica. Tornou-se perceptível a relação da idade com as doenças crônicas, que, por sua vez, influenciou a diminuição da capacidade de trabalho, interferindo no absenteísmo. Da mesma maneira, as doenças crônicas influenciaram o absenteísmo e a idade interferiu no absenteísmo e na capacidade dos trabalhadores. Outros estudos também comprovam essas relações, entre o ICT reduzido e o aumento do risco e o período de ausências por doenças, além da relação entre a idade, as doenças crônicas e a diminuição da

capacidade para o trabalho. (VAREKAMP; VAN DIJK; KROLL, 2013; LEIJTEN, 2014; NOTENBOMER et al., 2015).

Portanto, as condições de saúde podem levar à redução da capacidade para o trabalho, à perda de produtividade no trabalho, ao aumento da ausência por doença ou à saída da força de trabalho. E fatores relacionados com o trabalho, como a autonomia, satisfação no trabalho, carga física, o apoio social, a pressão de trabalho interagem com as condições de saúde do trabalhador e também influenciam os resultados da CT e do absenteísmo. (YOUNG, 2010; LEIJTEN et al., 2013)

A relação apresentada nesta pesquisa entre os trabalhadores do setor de apoio técnico com absenteísmo e com o ICT é significativa e fatural. Visto que as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores desse setor são essenciais à continuidade da assistência aos pacientes. E fatural à proporção que a maioria das pesquisas desenvolvidas sobre absenteísmo na área hospitalar tem como foco a categoria de enfermagem, desconsiderando a investigação em outras áreas afins, dentro do cenário hospitalar.

Vieira e Chinelli (2013) afirmam que os trabalhadores de nível técnico da área de saúde desempenham papel fundamental na constituição e no desenvolvimento do atendimento em saúde. Entretanto, suas condições de trabalho não têm sido estudadas de acordo com sua importância para o funcionamento das instituições de saúde.

Diante da importância desses trabalhadores para a continuidade da assistência e para o desenvolvimento dos demais trabalhos que devem ser realizados nos serviços de saúde, incluindo tarefas de cunho burocrático, gestão dos serviços, vigilância em saúde, entre outras, é importante investigar a repercussão desse trabalho não somente para o profissional, mas para o sistema de saúde. (MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015).

Nesta pesquisa, a hipertensão arterial foi a doença crônica que apresentou dados significativos e preocupantes na comparação com o ICT e o absenteísmo, após comprovar diferenças significativas entre as médias de absenteísmo com os níveis de capacidade para o trabalho nos trabalhadores com hipertensão arterial ($p \leq 0,0269$). E, ainda, os resultados indicaram que a média de dias de absenteísmo aumentou quando o ICT se apresentava reduzido. A hipertensão arterial destaca-se dentre as doenças cardiovasculares, pois acomete cerca de 21,4% dos adultos brasileiros;

possui baixas taxas de controle e é um dos mais importantes problemas de saúde pública. (IBGE, 2016).

Além disso, as doenças cardiovasculares, como a hipertensão, apresentam associadas à incapacidade para o trabalho e ao absenteísmo e têm sido objeto de estudos nacionais e internacionais, demonstrando o interesse dos pesquisadores em identificar situações que comprometem a saúde no ambiente laboral para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle das mesmas. (O' NEIL et al., 2012; MOURA et al., 2015).

Destaca-se, portanto, a atuação da equipe de enfermagem para a melhoria da saúde do trabalhador e, sobretudo, do enfermeiro como profissional capacitado para promover a educação em saúde em todos os níveis de assistência e assistir na manutenção da saúde do trabalhador, monitorando o estado de saúde, de forma a adequar as atividades laborais exercidas pelo trabalhador. (SOUZA et al., 2014; MOURA et al., 2015). Entretanto, vale ressaltar que a saúde do trabalhador não se restringe em apenas adequar as atividades laborais, mas também em melhorar as condições de trabalho, o ambiente de trabalho e as relações de trabalho (psicossociais e interpessoais), com as atividades voltadas para a saúde física e mental do trabalhador.

Ao valorizar relações de trabalho e o ambiente de trabalho, é possível promover benefícios para a saúde dos trabalhadores e para sua capacidade para o trabalho, e, assim, contribuir para a redução do absenteísmo causado por doença e aposentadoria precoce. (NEGELISKII E LAUTERT, 2011).

Esta pesquisa se restringe aos trabalhadores de saúde em um único hospital no sul do Brasil, no entanto, é uma parcela que pode representar os trabalhadores de saúde brasileiros e que se constituem numericamente em um grupo populacional importante com cerca de 20 milhões de trabalhadores na América Latina, Caribe e EUA. (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007). Trabalhadores esses que compõem uma amostra representativa de trabalhadores, que sofrem com as condições de trabalho precárias e com desigualdades em saúde identificadas e discutidas nesta pesquisa.

A robustez dessa pesquisa está no fato de que foram utilizados dados de afastamento por licenças médicas registradas no SIMOSTE pela instituição, o que excluiu viés de memória de absenteísmo-doença autorreferida. Considerando o desenho transversal desta pesquisa, foram encontradas dificuldades para responder algumas inquietações. Logo, estudos longitudinais são adequados para dar

continuidade à avaliação dessas variáveis e estabelecer relações causais, que poderiam levar ao desenvolvimento de intervenções eficazes para prevenir os fatores que são prejudiciais à saúde desses trabalhadores e que têm levado à incapacidade de trabalho e do absenteísmo dos mesmos.

Outra limitação refere-se ao tipo de questionário utilizado. O preenchimento do questionário autoaplicado, como foi utilizado nesta pesquisa, pode ser influenciado por diversos fatores, tais como a capacidade de compreensão e viés de notificação socialmente desejável. Outros autores argumentaram que os trabalhadores que percebem sua saúde diminuída poderiam decidir não preencher um questionário ou fornecer detalhes incorretos por medo de influenciar a decisão de gestores ou médicos do trabalho sobre a sua aptidão para o trabalho. (EL FASSI et al., 2013; GODINHO et al., 2016).

Ainda que esta pesquisa tenha limitações, a relação entre o absenteísmo, a capacidade para o trabalho reduzida e determinadas doenças crônicas dessa população trabalhadora foi confirmada. Essa discussão pode servir como apoio para futuras pesquisas e discussões científicas para a realização de ações de vigilância à saúde, que visem recuperar a saúde e a capacidade para o trabalho dos trabalhadores de saúde brasileiros, por meio da formulação de programas de promoção da saúde no trabalho, almejando a prevenção do adoecimento crônico e comorbidades.

7 CONCLUSÃO

O absenteísmo mostrou-se diretamente relacionado às características ocupacionais e de saúde dos trabalhadores. Pode-se concluir que as doenças crônicas podem influenciar as taxas de absenteísmo e diferem para cada tipo de doença, como no caso da enxaqueca, sendo diretamente relacionada à ausência do trabalhador no trabalho. Os resultados dessa pesquisa, permitem concluir que o ICT influenciou diretamente o número de dias de ausências.

Torna-se possível afirmar que o absenteísmo tem relação com as doenças crônicas e com o ICT principalmente quando associados à hipertensão arterial. O grupo de hipertensos foi o único que apresentou diferença significativa entre as médias de absenteísmo com os níveis de ICT dos trabalhadores. A média de absenteísmo aumentava à medida que o ICT reduzia nesse grupo.

A identificação dessas associações são dados importantes para determinar a suscetibilidade dos trabalhadores, devido ao adoecimento, sua ausência no trabalho e/ou sua incapacidade laboral, como alicerce para estabelecer medidas de promoção de saúde e prevenção de doença nos ambientes de trabalho, por meio de ações dos gestores nos serviços de saúde ocupacional e modificações pertinentes nos processos de organização do trabalho, garantindo, assim, uma assistência individualizada ao trabalhador.

Ressalta-se que esta pesquisa não se restringe apenas em apontar dias de absenteísmo e, sim, possibilitar a reflexão de como esses trabalhadores estão adoecendo, sendo necessário compreender como está a sua saúde após o declínio da capacidade física e mental. Dessa forma, passa a ser possível propor estratégias voltadas à garantia de sua saúde e da segurança no exercício de sua atividade laboral.

O enfermeiro, sobretudo o enfermeiro do trabalho, tem como obrigação legal assistir aos trabalhadores, seja por meio de ações de cuidados com a saúde desses, por meio de intervenções nos ambientes laborais e/ou por meio do levantamento de dados referentes ao estado de saúde. Além disso, esse profissional é responsável por implementar o programa de qualidade de vida no trabalho. Esta pesquisa demonstra que o enfermeiro deve empoderar-se de suas atividades, podendo contribuir com a saúde desses trabalhadores.

O fato do absenteísmo ser significativamente alto nesta pesquisa não demonstra a magnitude que esse problema alcança em relação à saúde do

trabalhador. Devemos olhar o trabalhador em seu todo. Não podemos dizer o quanto o trabalhador está apto ao trabalho apenas porque a documentação legal afirmou o seu retorno após a ausência por doença. Olhar o trabalhador no seu todo possibilita que ações sejam implantadas, construídas e avaliadas periodicamente para mudar esse perfil epidemiológico no que diz respeito à saúde do trabalhador.

Recomenda-se que a ausência por doença deva ser considerada como um sinal de alerta e que, após esta pesquisa, alguns pontos de reflexão e ações no ambiente de trabalho para acomodar as demandas de trabalho e os recursos pessoais, com vistas à mudança no perfil de absenteísmo dos trabalhadores de saúde e a promoção da saúde dos mesmos, para que não continuem adoecendo. Sugere-se, ainda, um repensar nas formas de organização do trabalho, livre de fatores que possam agravar ou comprometer a saúde da população estudada.

REFERÊNCIAS

- ABREU, R. M. D; GONÇALVES, R. M. D. A; SIMÕES, A. L. A. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. **Rev Bras Enferm.** Mai./jun. 2014.
- ALCÂNTARA, M. A. et al. Work ability: using structural equation modeling to assess the effects of aging, health and work on the population of Brazilian municipal employees. **Work.** v.49, n. 3, p: 465–72, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24004758>. Acesso em: 11/10/2016.
- ALEXOPOULOS, E. C. et al. Sickness Absence in the Private Sector of Greece: Comparing Shipyard Industry and National Insurance Data. **Int J Environ Res Public Health**, 2012.
- ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. **Filosofando: introdução a filosofia**. 3 ed. São Paulo: Moderna, 2003.
- ARENDETT, Hannah. **A Condição Humana**; tradução de Roberto Raposo, posfácio de Celso Lafer. 10ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- ASSUNÇÃO, A. Á.; BELISÁRIO, S. A. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007.
- ATHAYDE, V. **Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial: a saúde do trabalhador da saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.
- AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE (AIHW). **Chronic disease and participation in work**. Canberra: AIHW, nº PHE 109, 2009.
- BAPTISTA, P. C. P. et al. A inovação tecnológica como ferramenta para monitoramento da saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. 2011.
- BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ, p. 187-94, 2009.
- _____. “Remédio jurídico” e seus afetamentos no cuidado de uma família. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Rede de Pesquisa Multicêntrica “Incubadora da Integralidade–redes e mediações”**. Rio de Janeiro: ABRASCO, p.193-201, 2011.
- BELTRAME, M. T. et al. Capacidade para o trabalho no serviço hospitalar de limpeza e fatores associados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 49-57, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400049&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16/10/2016.

BERQUÓ, E. S.; SOUZA, J. M. P.; GOTLIEB, S. L. D. **Bioestatística**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1985.

BONETTI, A.; SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. O. Método da pesquisa convergente assistencial em um estudo com pessoas com doença arterial coronariana. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 179-83, 2013.

BRASIL. **Constituição** (1988). República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20/7/2011.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde** / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida. *et al.* – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 580p., 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MTE nº. 485, de 11 de novembro de 2005. Dispõe sobre a Norma Regulamentadora NR 32 relativa à segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 nov, Seção I, 2005.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Normas de proteção para trabalhador de saúde**. Guia técnico: os riscos biológicos no âmbito da Norma Regulamentadora nº. 32. Brasília (DF): 2008. Disponível em: <http://www3.mte.gov.br/seg_sau/guia_tecnico_cs3.pdf>. Acesso em: 22/1/2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 nov, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MTE nº 1.748, de 30 de agosto de 2011. Altera o subitem 32.2.4.16 e aprova o "Anexo III - Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes" da Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Seção I:148, 31 ago, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/404.html>>. Acesso em: 20/3/2014.

_____. Ministério da saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº 165, Seção I, p. 46-51, 24 de agosto de 2012a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 21/6/2015.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Plano Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2012b. Disponível em <http://www.mte.gov.br/data/files/8A7C816A38CF493C0138E890073A4B99/PLANS_AT_2012.pdf>. Acesso em: 21/6/2015.

_____. In: **Health in the Americas 2012 edition**: country volume. Brasília: Pan American Health Organization; 2012c. p. 129-145. Disponível em: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=118&Itemid=. Acesso em: 03/11/2015.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 05/7/2014.

_____. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2014**. 2014a. Brasília: MPS/DATAPREV, 21, 1-892. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/AEPS-2014.pdf>. Acesso em: 21/10/2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 483, DE 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 abr, 2014b, Seção 1:63. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2014/Abr/2/portaria-nb0-483-de-1b0-de-abril-de-2014-redefine>>. Acesso em 06/7/2014.

BROTTO, T. C. de A.; DALBELLO-ARAUJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 290-305, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000200011>. Acesso em: 10/9/2011.

CAMPOLINA, A. G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2919-25, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/29.pdf>. Acesso em: 03/11/15

CHUNG, J. et al. A study on the relationships between age, work experience, cognition, and work ability in older employees working in heavy industry. **J Phys Ther Sci**. v.27, p:155-57, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4305550/>. Acesso em: 11/10/2016

COMISSÃO EUROPEIA. (2012). **A minha saúde idosos** [Portal da Saúde-UE]. Recuperado em 10 de junho, 2014. Disponível em: <http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/elderly/io_pt.htm>. Acesso em: 6/7/2014.

COSTA, F. M.; VIERIA, M. A; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.

DALDON, M. T. B.; LANCMAN, S. Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas. **Rev. bras. saúde ocup.**, vol. 38, n.127, p. 92-106, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100012>. Acesso em: 15/7/2014.

DALMOLIN, G. L. et al. Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers?. **Revista Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 1-8, feb, 2014.

DURAN, E. C. M.; COCCO, M. I. M. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 2004.

EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde Debate**. v. 39, n. 104, p. 18-29, 2015.

EL FASSI M, et al. Work ability assessment in a worker population: comparison and determinants of work ability index and work ability score. **BMC Public Health.**, v. 13, p. 1-10, 2013.

FAKIH, F. T.; TANAKA, L. H.; CARMAGNANI, M. I. S. Ausências dos colaboradores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n.3, p. 378-85, 2012.

FARIA, A. C.; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. **Arquivos de ciências da saúde**, v. 12, n. 1, p. 14-20, 2005.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. In. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.2, 2010, p.429-39.

FELLI, V. E. A. Implantação e Avaliação do Sistema de Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem (SIMOSTE). São Paulo; 2010. (**Relatório final apresentado ao CNPq**, para prestação de contas da Bolsa Produtividade-2, relativa ao período 2008-2011)

_____. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enferm. Foco**, v. 3, n. 4, p. 178-81, 2012.

FELLI, V. E. A; BAPTISTA, P. C. P. O contexto do trabalho de enfermagem e a saúde do trabalhador In: _____, (Orgs.). Saúde do trabalhador de enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2015.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1-13, 2010.

FELLI, V. E. A.; TRONCHIN, D. M. R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, p. 85-103, 2010.

FERREIRA, R. C. et al. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 259-68, 2012.

FERRIE, J. E. et al. A comparison of self-reported sickness absence with absences recorded in employers' registers: evidence from the Whitehall II study. **Occup Environ Med**. V. 62, n. 2, p. 74-9, 2005.

FISCHER, F. M. et al. A (in)capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Bras. Med. Trab**, v. 3, nº 2, p. 97-103, ago-dez, 2005.

FISCHER, F. M; MARTINEZ, M. C. Individual features, working conditions and work injuries are associated with work ability among nursing professionals. **Work**, v. 45, n. 4, p: 509-17, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23676329>. Acesso em: 11/10/2016

FORMENTON, A.; MININEL, V. A.; LAUS, A. M. Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem de uma operadora de plano de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 42-9, jan/fev 2014.

FUCHS et al. Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA). **Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz**, v. 55, p: 576–586, 2009.

GABRIEL, C. S. et al. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 19, p. 1247-54, 2011.

GEHRING JUNIOR, G., et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 10, n. 3, p. 401-09, 2007.

GODINHO, M. R. et al. Work ability and associated factors of Brazilian technical-administrative workers in education. **BMC Res Notes**. v.9, p. 1-10, 2016. Disponível em:

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4698321/pdf/13104_2015_Article_1837.pdf.

Acesso em: 16/10/16

GUIMARÃES, R. S. O.; CASTRO, H. A. O Absenteísmo entre os Servidores Civis de um Hospital Militar. **Pesquisa Naval**, n. 20, p. 74-8, 2007.

HEITZMANN, M. **O conceito de trabalho**. São Paulo: Hucitec. 2005.

HEMP, P. Presenteism: at work – but out of it. **Havard Busines Review**, 2004.

HILLESHEIN, E. F. et al. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, set. 2011.

HILLESHEIN, E. F.; LAUTERT, L. Capacidade para o trabalho, características sociodemográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 20, n.3, p.1-8, 2012.

HOSPITAL DO TRABALHADOR. **O hospital.** 2015. Disponível em: <http://www.hospitaldotrabalhador.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=5>. Acesso em: 03/11/15

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ILMARINEN, J.; TUOMI, K. Past present and future of work ability. In: ILMARINEN J.; LEIHTINEN, S. **Past present and future of work ability.** Finnish Institute of Occupational Health, p.1-25, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde-2013:** indicadores de saúde e mercado de trabalho: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 66 p, 2016.

IPARDES, Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico Município de Curitiba.** 2016. [internet]. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br>. Acesso em: 31/10/2016.

JUNKES, M. B.; PESSOA, V. F. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no Estado de Rondônia, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_16.pdf>. Acesso em: 14/6/2014.

KIVIMÄKI, M. et al. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. **British Journal of Industrial Medicine**, p. 327-64, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12919985>>. Acesso em: 14/8/2014.

KRELING, N. H. O envelhecimento do trabalhador impõe novos desafios às políticas públicas. **Ind. Econ. FEE.**, v. 38, n. 1, 2010. Disponível em: <http://revistas.fee.tche.br/index.php/indicadores/article/view/2414/2849>. Acesso em: 16/10/2016.

Kroll, L. E.; Lampert, T. Unemployment, social support and health problems: results of the GEDA study in Germany. **Dtsch Arztebl Int** v.108, p.:47–52, 2011.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LAURELL, A. C. Social analysis of collective health in Latin America. **Soc Sci Med.**, 1989.

LEIJTEN, F. R. M. et al. Do work factors modify the association between chronic health problems and sickness absence among older employees? **Scand J Work Environ Health**, v. 39, n. 5, p: 477-85, 2013.

LEIJTEN, F. R. M. et al. The influence of chronic health problems on work ability and productivity at work: a longitudinal study among older employees. **Scand J Work Environ Health**, v. 40, n. 5, p. 473–82, 2014. Disponível em: http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3353. Acesso em: 11/10/2016.

LOURENÇO, E. A. S. Agravos à saúde dos trabalhadores no Brasil: alguns nós críticos. **Revista Pegada**, vol. 12, n 1, p. 1-33, junho, 2011.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 119-22, 2012.

MACHADO, M. H.; et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sóciodemográfico. **Enferm. Foco**, v. 6, n.1/4, p. 11-7, 2015.

MACIEL, H. M. O.; SANTOS, J. B. F.; RODRIGUES, R. L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Rev. bras. Saúde ocup.**, v. 40, n. 131, p. 75-87, 2015.

MAGALHÃES, N. A. C. et al. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev Enferm UERJ**, vol. 19, n. 2, p. 224-30, 2011.

MARQUES, D. O. et al. Absenteeism – illness of the nursing staff of a university hospital. **Rev Bras Enferm**. Vol. 68, n. 5, p. 594-600, 2015.

MARQUES, S; MARTINS, G. B.; SOBRINHO, O. C. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública. **Cad. EBAPE. BR**. 2011, vol. 9, n.espe1, p. 668-680. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-39512011000600012>>. Acesso em: 10/7/2015.

MARTINATO, M. C. N. B. et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 1, p. 160-166, 2010.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 525-532, June 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04/5/2015.

_____. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1553-1561, June, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08/09/2015.

MARTINS, L. N, et. al. Prevalência dos fatores de risco cardiovascular em adultos admitidos na unidade de dor torácica de Vassouras, RJ. **Rev. Bras. Cardiol.**, v. 24, n. 5, 2011. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_05/2a_2011_v24_n05_04prevalencia.pdf. Acesso em: 18/10/2016

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política: livro 1**, 26 ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MATTOS, U. et al. **Higiene e segurança do trabalho**. Rio de Janeiro: Elsevier/Abepro, 408 p., 2011.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 244-252, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15/9/2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, R. **Patologia do trabalho: Atualizada e Ampliada**. Atheneu: São Paulo, 2 ed., v.1/v.2, 1924 p., 2007.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-233, June 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a02v20n2.pdf>>. Acesso em: 15/9/2015.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador: novas - velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13 (supl. 2), p. 21-32. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23/9/2011.

MININEL, V. A. et al. Workloads, strain processes and sickness absenteeism in nursing. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 6, p:1290-7, nov-dez, 2013.

MININEL, V. A.; RATIER, A. P. P. Implicações das condições de trabalho na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem. In: FELLI, V. E. A.; BAPTISTA, P. C. P. (Orgs). **Saúde do trabalhador de enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2015.

MOURA, A. L. et al. Capacidade para o trabalho e risco cardiovascular em trabalhadores da prefeitura de um campus universitário. **Cogitare Enferm**. v. 20, n. 1, p. 89-95, Jan/Mar 2015.

NEGELISKII, C; LAUTERT, L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 606-13, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 28/10/2016.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em saúde: novas formas de organização. In: NEGRI, B; FARIA, R & VIANA, A. L. D. (Orgs) **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp/IE, 2002.

NOTENBOMER, A.; et al. Associations of work ability with frequent and long-term sickness absence. **Occupational Medicine**. v.65, p: 373–79, 2015.

OLIVEIRA, D. C.; XAVIER, J. L.; ARAUJO, L. G. S. O processo de adoecimento na enfermagem. **Rev Enferm UFPI**, Teresina, p. 76-9, 2013.

O'NEIL, A. et al. Co-morbid depression is associated with poor work outcomes in persons with cardiovascular disease (CVD): a large, nationally representative survey in the Australian population. **BMC Public Health**, v. 12, n. 47, 2012.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Absenteísmo**. 2010. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/libdoc/ILOThesaurus/english/tr13.htm>>. Acesso em: 21/6/2015.

_____. **Diretrizes sobre Sistemas de Gestão da Segurança e Saúde do Trabalho**. 2005. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/dominios/ctn/anexos/SemanaDaPesquisa/PalestraDeAberturaLuisAlvesDias/UisAlvesDias_DiretrizesOITparaSST.pdf>. Acesso em: 21/6/2015.

_____. **História da OIT**. 2011. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/hist%C3%B3ria>>. Acesso em: 23/8/2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial/OMS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

ORNELLAS, T. C. F. de; MONTEIRO, M. I. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 552-555, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08/11/2015

PENA, P. G. L.; GOMES, A. R. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; BARROS, M. H. Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: **Educam**, p. 85-124, 2011.

PERMANENT COMMISSION AND INTERNATIONAL ASSOCIATION ON OCCUPATIONAL HEALTH (PCIAOH). Sub-committee on absenteeism: draft recommendations. **British Journal of Industrial Medicine**, p. 402-03, 1973. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1069484/>>. Acesso em: 22/6/2015.

PINA, J. A.; STOTZ, E. N. Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 39, n. 130, p. 150-160, Dec. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572014000200150&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19/9/2015.

PORTO, A. R. et al. Autoavaliação de saúde e doenças crônicas entre enfermeiros de Pelotas/RS. **Rev. Eletr. Enf**, p. 763-71, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18008>. doi: 10.5216/ree.v15i3.18008>. Acesso em: 19/9/2015.

PROCHNOW, A. et al. Capacidade de trabalho em enfermagem: relação com demandas psicológicas e controle sobre o trabalho. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 21, p. 1298-305, 2013.

RADKIEWICZ, P.; WIDERSZAL-BAZYL, M. Psychometric properties of Work Ability Index in the light of comparative survey study. In: COSTA, G.; GOEDHARD, W. J. A.; ILMARINEN, J. **Proceedings of the 2nd International Symposium in Work Ability: Assessment and promotion of work ability, health and well-being of ageing workers**. London: Elsevier; p. 304-309, 2005.

RODRIGUES, C. S. et al. Absenteísmo-doença segundo autorrelato de servidores públicos municipais em Belo Horizonte. **R. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup., p. 135-54, 2013.

ROELEN, C. A. et al. Recurrence of Medically Certified Sickness Absence According to Diagnosis: A Sickness Absence Register Study. **J Occup Rehabil**, v. 20, p. 113–21, 2010.

ROELEN, C. A. et al. The history of registered sickness absence predicts future sickness absence. **Occupational Medicine**, v. 61, n. 2, p. 96-101, 2011.

ROELEN, C. A. et al. Physical and mental fatigue as predictors of sickness absence among Norwegian nurses. **Res Nurs Health**, p. 453-65, 2013a.

ROELEN, C. A. et al. E. Low job satisfaction does not indentify nurses at risk of future sickness absence: Results from a Norwegian cohort study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 50, p. 366—373, 2013b.

ROSSATO, E. As transformações do mundo do trabalho. **Vidya Revista Eletrônica**, v. 19, n. 36, 2001. Disponível em: <http://www.periodicos.unifra.br/index.php/VIDYA/article/view/491/481>. Acesso em: 08/11/2015.

ROTHROCK, N. A. et al. Relative to the general US population, chronic diseases are associated with poorer health-related quality of life as measured by the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). **J Clin Epidemiol**, v. 63, n. 11, p.1195-204, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2943571/pdf/nihms203742.pdf>. Acesso em: 03/11/15

SALVADOR, R. S. P.; SILVA, B.A.S.A.; LISBOA, M.T.L. Stress at the nursing staff from the fire department in a mobile pre-hospital care. **Esc Anna Nery**. v.17, n.2, p. 361-8, 2012.

SAMPAIO, R. F.; AUGUSTO, V. G. Envelhecimento e trabalho: um desafio para a agenda da reabilitação. **Rev. bras. fisioter.** v. 16, n. 2, p. 94-101, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552012000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15/10/16.

SANCINETTI, T. R. et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Rev Esc Enferm USP**, p.1007-12, 2011.

SANTANA, L. L. et al. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Rev Gaúcha Enferm**, p. 64-70, 2013.

SANTANA, L.L. et al. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 1, 2016.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Rev Esc Enferm USP**, p. 487-93, 2011.

SIEURIN, L.; JOSEPHSON, M.; VINGÅRD, E. Positive and negative consequences of sick leave for the individual, with special focus on part-time sick leave. **Scand J Public Health**, p. 50-6, 2009.

SILVA JUNIOR, S. H. A. da. et al. Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1077-1087, June, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08/9/2015.

_____. Confiabilidade teste-reteste do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 202-209, Mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100202&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08/9/2015.

SILVA, G. T. et al. Experiência de adoecimento e licença médica: o caso de uma técnica de enfermagem. **REME - Rev Min Enferm**, p. 207-15, 2013.

SILVA, L. G. et al. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público. **Rev. Eletr. Enf**, p. 158-63, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a19.htm>. Acesso em: 08/9/2015.

SILVA, L. G. C. et al. The absenteeism of the team of nursing of a public university hospital. **J. Health Bio. Sci.**, v. 4, n. 2, p: 88-94, 2016.

SOUZA, L. M. **Preditores de absenteísmo na enfermagem de um hospital universitário**: estudo de coorte. 159f. Tese (Doutorado em Enfermagem).

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Porto Alegre, 2012.

SOUZA, S. M, et al. Perfil de pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco: subsídios para prevenção de fatores de risco cardiovascular. **Cogitare enferm.**, v 19, n. 2, 2014.

TUOMI, K. et al. A. **Índice de capacidade para o trabalho**. Trad. de Frida Marina Fischer (Coord.) São Carlos: EdUFSCar, 2010.

TUOMI, K. et al. Finnish research project on aging workers in 1981-1992. **Scand J Work Environ Health**, p. 7-11, 1997.

UMANN, J.; GUIDO, L. A.; GRAZZIANO, E. S. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. **Rev Lat-Am Enferm**, p. 159-66, 2012.

VAREKAMP I, VAN DIJK FJ, KROLL LE. Workers with a chronic disease and work disability: problems and solutions. **Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz**, v. 56, n.3, p: 406-14, 2013. Disponível <http://edoc.rki.de/oa/articles/reIW0ZONzO4GY/PDF/283gEMiFvgDCc.pdf>

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1591-1600, 2013.

VOSS M.; FLODERUS B.; DIDERICHTSEN F. Physical, psychosocial, and organizational factors relative to sickness absence: a study based on Sweden Post. **Occup Environ Med**. V. 58, n. 3, p. 178-84, 2007.

WELCH, L. S. Improving work ability in construction workers - let's get to work. **Scand J Work Environ Health**, p. 321-24, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy on occupational health for all: the way to health at work**. Recommendation of the second meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health, 11-14 Oct.r 1994, Beijing, China.

YOUNG A. E. Return to work following disability occupational injury--facilitators of employment continuation. **Scand J Work Environ Health**., v. 36, n. 6, p. 473-83, 2010.

ZECHINATTI, A.C. et al. Occupational musculoskeletal and mental disorders as the most frequent associations to worker's sickness absence: A 10-year cohort study. **BioMed Central Research Notes**, p. 1-12, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO I DE ENTREVISTA SÓCIO-DEMOGRÁFICA E OCUPACIONAL E COMPORTAMENTAL	103
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE	104

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO 1: SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL E COMPORTAMENTAL

Setor: _____ Turno: _____

nº: ____

ASSINALE UMA OPÇÃO NOS ITENS ABAIXO

I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Idade:	Sexo: 1 [] feminino 2 [] masculino
Situação conjugal: 1 [] solteiro 2 [] casado 3 [] união estável 4 [] separado 5 [] viúvo	
Escolaridade: (assinalar o nível mais elevado) 1 [] fundamental 2 [] médio (2º grau) 3 [] superior	

II- CARACTERIZAÇÃO OCUPACIONAL

Data da admissão no HT: ____/____/____	
Profissão:	Ocupação atual:
Regime de trabalho: 1 [] estatutário 2 [] CLT/Funpar 3 [] Se outro, qual?:	
Número de horas de trabalho diário no setor atual:horas/dia	
Jornada semanal atual:horas/semana	
Posição prevalente adotada para o trabalho: 1 [] sentada 2 [] em pé 3 [] caminhando 4 [] alternância 5 [] Outra:	
Faz horas extras? 1 [] sim 2 [] não Se sim, quantas horas extras em média por mês você faz?	
Possui mais de um vínculo de trabalho? 1 [] sim 2 [] não	
Nº de vínculos: 1 [] único 2 [] duplo 3 [] triplo 4 [] Outro:	
Qual é sua carga horária semanal total (entre todos os empregos):.....	

III- COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E ESTILO DE VIDA:

Tabagismo? 1 [] Sim 2 [] Ex-fumante 3 [] Não Nº de cigarros por dia:	
Prática de atividade física: 1 [] sim 2 [] não Qual (is) atividade (s)? Quantas horas por semana?	
Padrão do sono diário: 1 [] de 8 a 10h 2 [] de 5 a 7h 3 [] de 2 a 4h	
Auto avaliação da saúde: 1 [] Muito boa 2 [] Boa 3 [] Regular 4 [] Ruim 5 [] Muito ruim	
Atividades de Lazer: 1 [] Cinema 2 [] Passeio ao ar livre 3 [] Reunião com amigos/família 4 [] Outra, qual?	
Tem alguma doença crônica diagnosticada por médico? 1 [] Sim 2 [] Não Se sim, qual (is)? (você pode marcar mais de uma resposta) 1 [] Doença cardiovascular 2 [] Doenças da tireóide 3 [] Hipertensão 4 [] Diabetes 5 [] Doença Renal crônica 6 [] Doenças respiratórias 7 [] Depressão 8 [] Câncer 9 [] Enxaqueca 10 [] Doença osteomuscular 11 [] Se outra, qual?.....	
Faz uso de algum medicamento? 1 [] Sim 2 [] Não 3 [] Não sei informar Se sim, qual (is)?	
Teve algum afastamento ou falta em decorrência de alguma doença em 2014? 1 [] Sim 2 [] Não Se sim, qual (is)?	

Prezado(a) trabalhador(a) de saúde, caso **tenha** doença crônica relatada neste questionário, favor preencher o Questionário 2, ao lado. E, caso **não tenha** doença crônica agradecemos sua participação nesta pesquisa.

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE

Nós, Leila M^a Mansano Sarquis e Christiane Brey, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná estamos convidando o(a) Senhor(a) Trabalhador de Saúde a participar de um estudo intitulado **“RELAÇÃO ENTRE ABSENTEÍSMO, CAPACIDADE PARA O TRABALHO E DOENÇAS CRÔNICAS DE TRABALHADORES DE SAÚDE DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO PARANÁ”** e a sua participação é de fundamental importância. Os objetivos desta pesquisa são: Analisar a relação entre absenteísmo e doenças crônicas entre trabalhadores de saúde de um hospital público do Paraná; Caracterizar o perfil de absenteísmo dos trabalhadores de saúde; Identificar o absenteísmo relacionado as doenças crônicas, e; Descrever a capacidade para o trabalho dos trabalhadores de saúde com doenças crônicas.

Caso o(a) Senhor(a) participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista, que poderá ser aplicada no seu local de trabalho de acordo com seu consentimento. A entrevista terá duração aproximada de 20 minutos.

Não há riscos diretos ou indiretos aos participantes da pesquisa.

Contudo, os benefícios esperados são maior conhecimento sobre a influência do trabalho na ocorrência de afastamentos por doença, bem como o planejamento de ações direcionadas à prevenção do adoecimento dos trabalhadores de saúde e melhoria na sua qualidade de vida. Além dos resultados da pesquisa contribuir para o avanço científico.

As pesquisadoras, Leila Maria Mansano Sarquis, Dra. Enfermeira, professora da UFPR; Christiane Brey, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR) são responsáveis pela pesquisa e poderão ser contatadas no Departamento de Enfermagem da UFPR, Av. Pref. Lothário Meissner, 632, Setor de Ciências da Saúde, pelo e-mail: christianebrey@gmail.com e telefone 3361-3626, em Curitiba, das 13:30 às 17:00, de 2^a a 6^a feira, para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) Senhor (a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará em danos.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos membros que executam a pesquisa e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Na entrevista, será respeitado completamente o seu anonimato. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão me afete em nada. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal) - Curitiba, / / 20

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

(Nome e Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE) - Curitiba, / / 20

ANEXOS

ANEXO 1 – INSTRUMENTO II – ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO	106
ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QUESTIONÁRIO DE ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO	109
ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/HT	110

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO 2 - ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Por favor, preencha o questionário cuidadosamente, respondendo todas as questões com um círculo entorno da alternativa que melhor reflete sua opinião ou escrevendo em local apropriado.

1. Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com X um número na escala de zero a dez, que designe quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual:

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

2. Como você classifica sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências FÍSICAS? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo.)

Muito boa.....5
 Boa.....4
 Moderada.....3
 Baixa.....2
 Muito Baixa.....1

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

Muito boa.....5
 Boa.....4
 Moderada.....3
 Baixa.....2
 Muito Baixa.....1

4. Em sua opinião, quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
1. Lesão nas costas	2	1
2. Lesão nos braços/mãos	2	1
3. Lesão nas pernas/pés	2	1
4. Lesão em outras partes do corpo. Onde? Que tipo de lesão? _____	2	1
5. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	2	1
6. Doença da parte inferior das costas, com dores frequentes	2	1
7. Dor nas costas que se irradia para a perna (dor ciática)	2	1
8. Doença musculoesquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes	2	1
9. Artrite reumatoide	2	1
10. Outra doença musculoesquelética. Qual? _____	2	1
11. Hipertensão arterial (pressão alta)	2	1
12. Doença coronariana, dor no peito Durante exercício (angina)	2	1
13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana	2	1
14. Insuficiência cardíaca	2	1
15. Outra doença cardiovascular. Qual? _____	2	1
16. Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	2	1

17. Bronquite crônica	2	1
18. Sinusite crônica	2	1
19. Asma	2	1
20. Enfisema	2	1
21. Tuberculose pulmonar	2	1
22. Outra doença respiratória. Qual? _____	2	1
23. Distúrbio emocional severo	2	1
24. Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	2	1
25. Problemas ou diminuição da audição	2	1
26. Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	2	1
27. Doença neurológica (acidente vascular cerebral, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	2	1
28. Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos Qual? _____	2	1
29. Pedras ou doenças da vesícula biliar	2	1
30. Doença do pâncreas ou do fígado	2	1
31. Úlcera gástrica ou duodenal	2	1
32. Gastrite ou irritação duodenal	2	1
33. Colite ou irritação do cólon	2	1
34. Outra doença digestiva. Qual? _____	2	1
35. Infecção das vias urinárias	2	1
36. Doença dos rins	2	1
37. Doença nos genitais e aparelho reprodutor (problema nas trompas ou na próstata)	2	1
38. Outra doença geniturinária. Qual? _____	2	1
39. Alergia, eczema	2	1
40. Outra erupção na pele. Qual? _____	2	1
41. Outra doença de pele. Qual? _____	2	1
42. Tumor benigno	2	1
43. Tumor maligno. Onde? _____	2	1
44. Obesidade	2	1
45. Diabetes	2	1
46. Bócio ou outra doença da tireóide	2	1
47. Outra doença endócrina ou metabólica Qual? _____	2	1
48. Anemia	2	1
49. Outra doença do sangue. Qual? _____	2	1
50. Defeito de nascimento. Qual? _____	2	1
51. Outro problema ou doença. Qual? _____	2	1

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

Não há impedimento/Eu não tenho doenças	6
Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas	5
Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	4
Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	3
Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial	2
Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar	1

9. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses de 2014?

Nenhum.....	5
Até 9 dias.....	4
De 10 a 24 dias.....	3
De 25 a 99 dias.....	2
De 100 a 365 dias.....	1

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

É improvável.....	1
Não estou muito certo.....	4
Bastante provável.....	7

11. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

Sempre.....	4
Quase sempre.....	3
Às vezes.....	2
Raramente.....	1
Nunca.....	0

12. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

Sempre.....	4
Quase sempre.....	3
Às vezes.....	2
Raramente.....	1
Nunca.....	0

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

Continuamente.....	4
Quase sempre.....	3
Às vezes.....	2
Raramente.....	1
Nunca.....	0

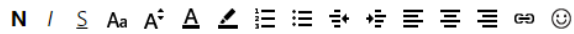
FONTE: adaptado de Tuomi *et al.* (2010)

Este questionário foi elaborado pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, Helsinki; traduzido e adaptado por pesquisadores das seguintes instituições: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Departamento de Saúde Ambiental; Universidade Federal de São Carlos; Departamento de Enfermagem; Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; Departamento de Medicina Preventiva e Social.

ANEXO 2

RE: Material Índice de Capacidade para o Trabalho(2)

Rascunho salvo às 03:07



From: tischer.trida@gmail.com
Subject: Re: Material Índice de Capacidade para o Trabalho(2)
Date: Sat, 30 May 2015 08:20:53 +0900
To: christianebray@hotmail.com

Prezada [Christiane](#)
Não há necessidade de solicitar autorização para uso do questionário. Basta citá-lo nas referências.
Sucesso em seus estudos
[Frida](#)

Enviado do meu iPhone
Em 29/05/2015, às 09:51, [christiane bray](#) <christianebray@hotmail.com> escreveu:

Boa noite [profª Drª Frida](#)

Sou mestranda em Enfermagem pela UFPR, e desenvolvo meu projeto de dissertação na área da saúde do trabalhador. Recentemente comprei o livro [Índice de Capacidade para o Trabalho](#), com sua coordenação de tradução e pretendo usar o questionário na coleta de dados da dissertação e minha orientadora [Drª Leila Mª M. Sarquis](#) pediu que entrasse em contato para ver a necessidade de autorização para o uso do questionário. Desde já agradeço sua atenção
[Christiane](#)

lores Português (Brasil)

ANEXO 3

HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIGILÂNCIA EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA DE GESTÃO DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA DO TRABALHADOR EM AMBIENTE HOSPITALAR.

Pesquisador: Lella Maria Mansano Sarquis

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40734114.9.0000.5225

Instituição Proponente: hospital do trabalhador

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 999.802

Data da Relatoria: 26/03/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa encontra-se em conformidade com os aspectos éticos e após concluído trará benefícios a população estudada.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão em conformidades com a metodologia proposta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não apresenta risco para população estudada. E trará benefícios a população estudada, além de aprimorar conhecimentos científicos para a área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para área de estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos necessários para aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações

Endereço: Avenida República Argentina nº 4406
Bairro: Novo Mundo CEP: 81.050-000
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3212-6871 Fax: (41)3212-5828 E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br

HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 999.003

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CURITIBA, 26 de Março de 2015

Assinado por:
silvania klug pimentel
(Coordenador)

Endereço: Avenida República Argentina nº 4408
Bairro: Novo Mundo CEP: 81.050-000
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 Fax: (41)3212-5828 E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br